

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра здравоохранения, социальной медицины и врачебно-трудовой
экспертизы

**Методические разработки к практическому занятию
по предмету «Социальная медицина и организация здравоохранения»
для студентов 6 курса специальностей «лечебное дело, педиатрия»**

Тема: Методы изучения и оценка показателей репродуктивного здоровья
Модуль 1

Содержательный модуль 1

Запорожье, 2016

Составили доцент Таранов В.В.,
ассистент к.мед.н. Гриневич И.В.
ассистент Кремсарь И.Н.

Утверждены на заседании кафедры « » 2016 г. Протокол №

Утверждены и рекомендованы к печати на заседании цикловой методической комиссии
гигиенических дисциплин « » 2016 г. Протокол №...

I. Актуальность темы.

Репродуктивное здоровье является одним из основных критериев эффективности социальной и экономической политики государства, фактором национальной безопасности.

Современное состояние репродуктивного здоровья в Украине вызывает особое беспокойство. На фоне процессов депопуляции, когда смертность в два раза превышает рождаемость, каждая шестая супружеская пара бесплодна, каждая пятая беременная женщина страдает заболеваниями мочеполовой системы, 66,4% беременностей заканчиваются абортom, а 60% школьников имеют различные нарушения репродуктивного здоровья.

Украина находится в глубоком демографическом кризисе, связанном с обвальным падением рождаемости, высокой смертностью и беспрецедентным сокращением жизни населения. Показатель рождаемости в нашей стране упал до критической отметки. Сегодня в Украине рождается на 7 человек меньше, чем умирает. На одну женщину репродуктивного возраста приходится 1,6 ребенка, а это слишком мало для воспроизводства населения.

Низкий уровень рождаемости и высокий уровень общей смертности населения выводят проблему здоровья, в т.ч. и репродуктивного, и продолжительности жизни в ранг общенациональных, в число определяющих перспективы сохранения и развития нации, а значит и социально-экономического потенциала.

В Национальной программе репродуктивного здоровья, перед медиками поставлены задачи, направленные на охрану репродуктивного здоровья населения. Изменить текущую ситуацию призван и проект «Здоровье матери и ребенка», направленный на внедрение действенных, международно-признанных перинатальных методов лечения в медицинских учреждениях и современных учебных программ для специалистов охраны здоровья.

Охрана репродуктивного здоровья населения является важнейшей государственной задачей, реализация которой определяет необходимость оптимизации организационных форм и качества медицинской помощи

Всё вышесказанное требует специальных знаний относительно направлений решения проблемы репродуктивного здоровья и придаёт актуальность изучаемой теме.

II. Учебные цели занятия:

1. Сформировать у студентов представление о сущности проблемы сохранения репродуктивного здоровья населения.
2. Научить студентов проводить оценку состояния репродуктивного здоровья населения.
3. Ознакомить студентов с методами обработки данных и научить давать рекомендации по его улучшению.

III. Практические навыки и умения

Студент должен знать:

- методы изучения и оценки показателей репродуктивного здоровья;
- сущность и принципы политики государства по охране здоровья матери и ребенка; состояние организации охраны материнства и детства в Украине;
- имеющуюся нормативно-правовую базу по охране здоровья матери и ребенка;

Студент должен уметь:

- определить основные показатели, характеризующие репродуктивное здоровье;
- выявить проблемы в области охраны здоровья матери и ребенка;
- оценить региональные особенности и современные тенденции показателей репродуктивного здоровья населения г. Запорожья и области.
- применить необходимые статистические методы обработки данных, отражающих состояние здоровья населения и действующих факторов.
- объяснить причины положительных или отрицательных изменений (тенденций) в состоянии здоровья населения, в том числе женского, и обосновать профилактические мероприятия по его улучшению.

IV. Исходный уровень знаний

Контрольные вопросы:

1. Что входит в понятие «репродуктивное здоровье»?
2. Какие факторы приводят к нарушению репродуктивного здоровья?
3. Какие меры принимает государство для сохранения репродуктивного здоровья?
4. Какое значение имеет аборт в нарушении репродуктивного здоровья?
5. Какую роль играет планирование семьи в сохранении репродуктивного здоровья?
6. Медико-социальные показатели репродуктивного здоровья населения.
7. Определение рождаемости, ее уровни и регионарные особенности.
8. Репродуктивный возраст.
9. Плодовитость населения, типы.
10. Невынашиваемость беременности, ее основные причины.
11. Бесплодие населения, его уровень, виды и причины.
12. Медико-социальное значение абортов, виды.
13. Значение экстрагенитальных и гинекологических заболеваний при оценке репродуктивного здоровья.
14. Мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья.

V. Логическая структура темы
 «Оценка состояния репродуктивного здоровья населения»



VI. Содержание темы и основные терминологические понятия

По определению ВОЗ, *репродуктивное здоровье* (reproductive health) - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней репродуктивной системы или нарушений ее функции. Это означает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и самостоятельному решению вопросов планирования семьи. Предусматривается право мужчин и женщин на информацию и доступ к безопасным, эффективным, доступным по цене и приемлемым методам регулирования рождаемости, не противоречащим закону. Утверждается возможность доступа к соответствующим услугам в области здравоохранения, позволяющим женщине благополучно перенести беременность и роды, создающим оптимальные условия для рождения здорового ребенка. В понятие «репродуктивное здоровье» включено также сексуальное здоровье - состояние, позволяющее человеку в полной мере испытывать половое влечение и реализовывать его, получая при этом удовлетворение.

С репродуктивным здоровьем тесно связано понятие «Репродуктивный потенциал». *Репродуктивный потенциал* определяется как уровень физического и психического состояния отдельного человека (единство биологического и социального состояния индивидуума), который позволяет при достижении социальной зрелости воспроизводить здоровое потомство и обеспечивать баланс репродуктивного здоровья.

Высокий уровень репродуктивного здоровья подразумевает полную реализацию репродуктивных прав граждан, к которым относятся: свобода выбора в репродуктивном поведении, включая право в выборе супруга, количества детей и величины интергенетических интервалов; доступ к квалифицированной информации и средствам по удовлетворению нужд, связанных с репродукцией и сексуальным здоровьем; гендерное равенство; сексуальная и репродуктивная безопасность, в том числе свобода от насилия и право на конфиденциальность.

Репродуктивное здоровье, как составляющая общего здоровья, является важным фактором воспроизводства населения, обеспечения благоприятных демографических перспектив страны, важной предпосылкой формирования ее демографического, а значит и социально-экономического потенциала в контексте обеспечения ее устойчивого развития, как стратегической задачи, стоящей перед украинским обществом.

Обобщенные индексы, характеризующие репродуктивное здоровье популяции, пока не разработаны, поэтому большинство авторов экстраполируют методологию исследований общественного здоровья на область репродуктивного здоровья и рассматривают лишь отдельные его составляющие.

В оценку репродуктивного здоровья населения региона эксперты ВОЗ включают следующие данные:

1. **Показатели безопасного материнства:** уровень неонатальной смертности; мертворождаемость; процент новорожденных с низкой и очень низкой массой тела; материнская смертность и др.

2. **Показатели, отражающие уровень профилактики инфекций передающихся половым путем (ИППП), включая ВИЧ/СПИД.**

3. **Показатели, отражающие развитие системы планирования семьи:** уровень распространенности контрацептивов среди женщин репродуктивного возраста; степень подготовленности медицинских работников по вопросам планирования семьи; знание населением основных вопросов планирования семьи; уровень эффективности системы снабжения контрацептивами.

4. **Показатели, характеризующие репродуктивное здравоохранение молодежи.**

5. **Показатели, отражающие профилактику сексуального насилия.**

Критериями нарушений репродуктивного здоровья являются:

- уровни фертильности
- распространённость мужского и женского бесплодия
- уровни материнской, перинатальной и младенческой смертности, самопроизвольные выкидыши;
- показатели частоты рождения детей с низкой массой тела (до 2500 г)
- показатели частоты рождения детей с врожденными пороками развития;
- показатели детской заболеваемости, особенно в период до 3-х лет;
- показатели гинекологической заболеваемости частоты осложнений беременности и родов, а также заболеваемости репродуктивной системы мужчин;
- показатели экстрагенитальной заболеваемости (как фоновый показатель).

Фертильность (fertilis - плодородный, плодovitый) (*син.: плодovitость общая, детородность*) — способность половозрелого организма производить жизнеспособное потомство. В физиологическом смысле под фертильностью понимают способность женского или мужского организма к участию в оплодотворении.

В последние годы возрос показатель плодovitости у женщин «старших» возрастов. Это так называемая «отложенная» плодovitость, когда в молодом возрасте рожают меньше, а затем, как говорится, наверстывают упущенное. По классификации ООН различают три **типа максимальной плодovitости: ранний**, когда максимум плодovitости приходится на 20-24 года (как у нас было ранее), **поздний**, когда максимум плодovitости отмечается в возрасте 25-29 лет (что мы видим сегодня), и **широкий** (когда коэффициенты плодovitости в 20-24 года и в 25-29 лет не существенно отличаются, но превосходят плодovitость во всех остальных возрастных группах).

Репродуктивный возраст (также детородный или фертильный возраст) - период в жизни женщины, в течение которого она способна к вынашиванию и рождению ребёнка. В демографии репродуктивный возраст принимается 15-49 лет (в странах с низкой рождаемостью может приниматься 15 - 44 года).

Время, в течение которого организм мужчины способен производить сперматозоиды, называют репродуктивным возрастом мужчины.

Оптимальным детородным возрастом женщины считается промежуток с 20 до 35 лет. Первого ребёнка рекомендуют рожать до 25-27 лет. При этом учитывается естественная способность женского организма к зачатию, вынашиванию плода и рождению ребёнка. Кроме того, такой возраст характеризуется достаточной социальной и психологической зрелостью.

Оптимальным репродуктивным возрастом мужчины считается возраст до 35 лет. К этому времени у большинства мужчин снижается способность сперматозоидов к оплодотворению яйцеклетки. Так как увеличивается количество повреждений ДНК, сперматозоиды становятся менее подвижными, их генетическое качество ухудшается.

Важной проблемой репродуктивного здоровья является бесплодие, которое зависит как от мужчин, так и от женщин. Бесплодной супружеской парой является та, в которой при желании иметь ребёнка, при активных половых отношениях без использования контрацептивных средств, зачатие не наступает в течение 12 месяцев. Уровень бесплодия в Европе и США достигает 14-22%, в Украине 15-20%.

Вопросы профилактики бесплодия и сохранения репродуктивного здоровья населения неотъемлемо связаны с методами контрацепции, т.к. среди причин женского бесплодия от 22 до 40% составляют аборт. *Контрацепция* — процесс или способ предотвращения нежелательной беременности при помощи лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, или методов, которые позволяют избежать оплодотворения во время полового акта.

По данным Международного института статистики (2000), в нашей стране наиболее распространёнными способами контрацепции являются прерванный половой акт и календарный метод – 29,9%, а также применение негормональных внутриматочных средств – 18,6%.

Аборт — произвольное или искусственное прерывание беременности в сроке до 22 недель, которое наносит непоправимый вред здоровью и, в первую очередь, репродуктивному. Как раз аборт более всего влияет на фертильность женщин и на течение последующих беременностей и родов.

Соответственно статистической отчетности *аборты в Украине делятся на следующие группы:*

- самопроизвольные – это аборт, которые начались самостоятельно вне лечебного учреждения и требуют дальнейшего лечения;
- искусственные легальные – аборт, сделанные по желанию женщины в лечебном учреждении;
- искусственные аборт по медицинским показаниям – это аборт, выполненные в случае противопоказания вынашивания беременности по причине тяжёлого заболевания женщины.

Медицинская помощь в сфере прерывания беременности в Украине регулируется законодательными и нормативными актами.

Специальная ст. 50 Основ законодательства Украины о здравоохранении говорит, что операция искусственного прерывания беременности (аборт) может быть проведена *по желанию женщины в лечебных учреждениях*, которые имеют уровень аккредитации, *при беременности сроком не больше 12 недель*. Искусственное прерывание беременности проводится в соответствии с требованиями ст. 43 Основ законодательства Украины о здравоохранении, в которой установлена необходимость согласия объективно информированного дееспособного пациента на медицинское вмешательство. Согласие пациентки или ее законных представителей на вмешательство не требуется в безотлагательных случаях, когда имеется угроза для жизни женщины.

Гражданским кодексом Украины (ч.3 статьи 284) определено, что предоставление медицинской помощи физическому лицу, достигшему четырнадцати лет, проводится по его согласию. Лицам, которые не достигли 14 лет, медицинская помощь оказывается с согласия законных представителей. Это касается также и услуг по прерыванию беременности и планированию семьи.

Постановлением КМУ от 15.02.2006 №144 «О реализации статьи 281 Гражданского кодекса Украины» утвержден Перечень тяжелых заболеваний, при которых беременность угрожает здоровью и жизни пациентки. В таких случаях *разрешается прерывание беременности в сроке после 12 до 22 недель*.

С 2006 года Приказом N508 Министерства Здравоохранения Украины от 20.07.2006 «Положение по проведению аборт и обязательных требований по статистике и делопроизводству» и Решением N144 Кабинета Министров Украины N281 от 15.02.2006 *социальные причины не являются основанием для прерывания беременности во 2-м триместре*.

Несмотря на тенденцию к снижению, уровень аборт в Украине остается наиболее высоким среди стран Европы и составляет 21,1 на 1000 женщин фертильного возраста; 45,8 - на 100 беременностей, 84, - на 100 родов.

Младенческая смертность – это смертность детей на первом году жизни (0 – 12 месяцев). Младенческая смертность значительно превышает смертность во всех остальных возрастных группах, за исключением пожилого и старческого возраста. Снижение младенческой смертности способствует повышению показателя средней продолжительности жизни населения.

В *структуре младенческой смертности* I место заняли отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде (54,0%), II место - врожденные аномалии (23,8%), III место - травмы и отравления (5,4%), IV место- симптомы, признаки и другие отклонения от нормы (4,3%).

На уровень младенческой смертности существенное влияние оказывают преждевременные роды. **Преждевременные роды** - это роды со спонтанным началом, прогрессированием родовой деятельности и рождением плода массой более 500 г в сроки беременности с 22 до 37 недель. С такими родами связаны также значительные уровни заболеваемости и смертности недоношенных детей.

Показатель материнской смертности (МС) остро влияет на репродуктивное здоровье женщин. Показатель материнской смертности свидетельствует, прежде всего, об уровне социально-экономического развития страны, а не только о состоянии оказания медицинской помощи. За период 2007 – 2011 гг. в Украине произошло снижение МС – с 17,8 - 21,0 на 100 тыс. живорожденных до 16,5.

Невынашивание беременности (случаи самопроизвольного прерывания беременности в сроки от зачатия до 37 недель). Частота невынашивания беременности в настоящее время составляет около 8,2%

Рождение детей с низкой массой тела (до 2500 г). их доля составляет около 6%. Такие дети относятся к группе высокого риска. На них приходится 60-70% ранней неонатальной и 65-75% младенческой смертности. Перинатальная смертность у недоношенных детей в 33 раза выше, чем у доношенных. Среди выживших недоношенных детей часто отмечаются патологические состояния, приводящие к инвалидизации (нарушения зрения, слуха, поражения головного и спинного мозга и др.).

Охрана репродуктивного здоровья представляет собою совокупность факторов, методов, процедур и услуг, оказывающих поддержку репродуктивному здоровью и содействующих благосостоянию семьи или отдельного человека путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивной функцией

Общемировая тенденция развития здравоохранения в области репродуктивного здоровья - стандартизация медицинских услуг, приоритет медико-социальных программ, в частности, по профилактике сексуального насилия и пропаганде гендерного равенства, профилактике ИППП, планированию семьи и работе с молодежью.

С целью улучшения состояния репродуктивного здоровья населения Украина приняла ряд соответствующих мер. Эти мероприятия включали создание сети учреждений планирования семьи, внедрения мероприятий по профилактике нежелательных беременностей, которые в нашей стране, как правило, заканчиваются искусственным прерыванием.

Главное место в решении проблем сохранения и укрепления репродуктивного здоровья принадлежит мероприятиям по планированию семьи.

Планирование семьи — профилактическая мера здравоохранения с семейным и социальным аспектом, содействующая оптимальному гуманитарному развитию. Это также и способ планирования своей собственной жизни, средство достижения справедливости между женщинами и мужчинами.

Цель планирования семьи, по определению ВОЗ, заключается в:

- предотвращении нежелательной беременности;
- возможности регулировать время рождения ребенка;
- самостоятельном определении семьей количества детей;
- рождении желанных здоровых детей;
- профилактике заболеваний, которые передаются половым путем.

Программа планирования семьи должна рассматриваться и приниматься в более широком контексте первичной медико-санитарной помощи, тесно сотрудничать с органами образования, юридическими и законодательными органами и средствами массовой информации. Службы планирования семьи должны предоставлять всеобъемлющую и доступную информацию, обеспечивать гарантированный доступ каждому человеку к просвещению по половым вопросам и услугам в области планирования семьи.

Факторы риска для развития нарушений репродуктивного здоровья.

Для того чтобы прогнозировать качество здоровья будущего индивидуума, необходимо учитывать множество взаимосвязанных и взаимозависимых факторов риска, способных участвовать в развитии патологии. Различают факторы эндогенного и экзогенного характера.

Среди *факторов эндогенного характера* приоритетными являются наследственные факторы, состояние здоровья (соматическое) родителей и особенно матери в период беременности, репродуктивное здоровье матери и отца, их детский анамнез и период становления репродуктивной функции и др.

К *факторам экзогенного характера* относятся неблагоприятные факторы производственной и окружающей среды, социально-экономические показатели жизни, качество медицинского обслуживания и его эффективность, условия быта и места проживания, сбалансированность питания, особенно в период беременности, и т.д.

Учитывая, что материнский организм для развивающегося плода выполняет роль внешней среды, важно выделить отдельным блоком основные факторы риска материнского происхождения в ниже представленном перечне.

Основные факторы риска нарушений внутриутробного развития (материнского происхождения):

- здоровье матери (и отца) до зачатия ребенка (соматическое, особенно болезни почек, печени, железодефицитная анемия и др.);
- вирусное заболевание матери в 1-м триместре беременности;
- наличие в анамнезе длительного бесплодия, лечения гормональными средствами, употребление психотропных препаратов;
- возраст матери (моложе 18 - "подростковая беременность" или старше 35 лет);
- наличие в анамнезе наследственных или семейных аномалий;
- социально-экономический статус (вредные и/или тяжелые условия труда матери как до, так и в период беременности, с учетом условий труда отца, стрессовые ситуации);
- вредные привычки (употребление алкоголя, курение, наркомания и др.);
- отсутствие или позднее начало медицинского наблюдения во время данной беременности;
- беременность, возникшая в течение 3-х месяцев после окончания предыдущей;

- росто-весовые показатели женщины (рост менее 152,4 см и вес на 20% ниже или выше веса, считающегося стандартным при данном росте);
- качество питания и его полноценность;
- беременность наступила после медикаментозного лечения бесплодия.

Из перечисленных факторов принципиально важными являются условия, в которых работает и проживает женщина, особенно в период беременности или предшествующий ему. Факторы трудовой деятельности относятся к экзогенным факторам риска и согласно гигиеническим критериям и классификации условий труда по степени вредности и опасности они подразделяются на 4 класса - оптимальные, допустимые, вредные и опасные.

Наиболее часто в качестве факторов риска возникновения врожденных пороков развития и других репродуктивных нарушений, связанных с неудовлетворительными условиями проживания и труда, рассматриваются:

- химические, физические, биологические и радиоактивные загрязнения атмосферного воздуха и воздуха рабочей зоны;
- опасности, связанные с производством и применением косметических, моющих и лекарственных средств, лакокрасочной и полимерной продукции;
- несоответствие тяжести труда установленным нормативам. При этом следует исключить возможное влияние других факторов риска, воздействие которых не связано с окружающей и производственной средой:
- Дефекты метаболизма у беременных.
- Гормональные расстройства
- Заболевания матери в период беременности.
- Возраст родителей (> 35 лет - увеличивает риск развития синдрома Дауна, др. трисомий, дефектов ЦНС).
- Семейная предрасположенность
- Механическое воздействие.
- Прием лекарственных веществ.
- Гипо- и гипервитаминоз А, гипервитаминоз Д.
- Злоупотребление наркотическими веществами, табакокурение.
- Гипоксия внутриутробная.
- Неполноценное питание.
- Алкоголь
- Химические и физические бытовые факторы: пользование электрогрелкой, близость дома от линии электропередачи, применение инсектицидов или пестицидов и др.

Ведущее место среди проблем охраны здоровья многих стран мира продолжает занимать ВИЧ-инфекция. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Украине является одной из самых тяжелых среди стран Восточной Европы и СНГ.

Для тысяч ВИЧ-инфицированных жителей Украины смерть стала реальной угрозой: в 2011 г. от заболеваний, обусловленных СПИДом, умерло 3736 человека, в том числе 22 ребенка, в Запорожской области – 1.

Показатель смертности от заболеваний, обусловленных СПИДом, в 2011г. вырос по сравнению с 2010 г. и составил 8,2 на 100 тыс. населения (в 2010 г. – 6,8).

Значительных усилий требуют меры по улучшению здоровья детей. Распространенность заболеваний среди детей, особенно в раннем возрасте, выше, чем у взрослых.

Первое место в ее структуре принадлежит болезням органов дыхания, довольно высокий удельный вес болезней кожи и подкожной клетчатки, некоторых инфекционных и паразитарных болезней. Во многих странах также значительна доля инфекционных заболеваний. Остается постоянным уровень врожденной патологии, в частности пороков сердца и сосудов.

Особая группа риска - подростки. Ранний сексуальный опыт на фоне недостаточной культуры сексуальных отношений приводит к нежелательной беременности, к росту уровня болезней, передающихся половым путем. Беременность в подростковом возрасте увеличивает заболеваемость и смертность самих подростков и их детей; большинство внебрачных беременностей обычно заканчивается абортom. Аборт, произведенный во время первой беременности, увеличивает риск гинекологических заболеваний и возникновения бесплодия. Статистические данные свидетельствуют о том, что в возрасте до 14 лет ежегодно беременность прерывает более 1200 девушек. Показатель числа абортов у девушек-подростков 15-19 лет за последние годы, остается высоким, более чем в 2-3 раза превышая аналогичные показатели таких стран, как Финляндия, Швеция, Дания, Нидерланды и др.

В последние годы стала расти частота врожденного сифилиса у детей, что, вероятно, связано с увеличением рождаемости в маргинальных группах. До 60% беременных, а в некоторых регионах и больше, страдают железодефицитными анемиями, что отражается на их здоровье и здоровье новорожденных. Употребление алкоголя во время беременности приводит не только к алкогольной фетопатии, но и уменьшению массы тела новорожденного на 350-400 г., а курение в этот период - на 150-200 г., что делает новорожденного менее жизнеспособным.

Доля здоровых девочек за последние 10 лет уменьшилась с 28.6% до 6.3%. Общая заболеваемость девочек 15-17 лет за 5 лет выросла на 32.2%. Около 80% девочек и 40% мальчиков уже имеют болезни, которые могут помешать им иметь детей.

Проблемой является также дисгармоническое развитие части детей и подростков, среди которых в 20-25% случаев наблюдается избыточная масса тела, наряду с этим отмечен и дефицит массы тела. Одной из проблем состояния здоровья детей является рождение их с низкой массой тела.

Для улучшения качества родов в Украине реализуется национальный проект по созданию сети перинатальных центров. Это один из ключевых пунктов Концепции развития перинатальной помощи, подготовленной МЗ Украины, имеющей целью реорганизацию как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной родовспомогательной помощи.

Проектом предусмотрено создание межрайонных перинатальных центров, которые будут замыкаться на областные, а те в свою очередь - на Государственный перинатальный центр, функции которого будет выполнять Институт педиатрии, акушерства и гинекологии. Эти центры будут исповедовать одну политику, тактику и подход к проблемам. Это позволит уменьшить перинатальные потери, улучшить здоровье новорожденных и сохранить здоровье матерей.

Согласно Концепции дальнейшего развития перинатальной помощи, медицинская помощь беременным и новорожденным осуществляться на **трех уровнях**.

На первом определен объем акушерско-гинекологической помощи будет передано врачу общей практики или семейной медицины, а **на втором** - созданы межрайонные акушерские отделения. Реформирование предусматривает ликвидацию маломощных родильных стационаров за счет их укрупнения. Поэтому, межрайонные отделения принимать не менее 400 родов в год, а радиус их обслуживания не будет превышать 60 км. Для отдаленных горных регионов условия будут индивидуальными. В межрайонных центрах обязательно будет функционировать отделение анестезиологии и интенсивной терапии, а акушер-гинеколог и врач-неонатолог будут готовы принять пациенток круглосуточно.

Третий уровень медицинской помощи будут оказывать областные перинатальные центры, предназначенные для сложных случаев.

Эффективность здравоохранения в области охраны репродуктивного здоровья населения можно оценивать по двум аспектам: медицинскому и социально-экономическому. Медицинский аспект, по своей сути, безусловен, так как совокупность результатов лечебно-диагностического воздействия подвергается непрерывному контролю. Социально-экономическая эффективность здравоохранения не определяется полностью медицинской эффективностью, а зависит от оценки населением работы лечебно-профилактических учреждений, модели взаимодействия «врач – потребитель медицинских услуг», степени удовлетворения потребностей населения.

В систему учреждений охраны материнства и детства входят:

- перинатальный центр;
- родильный дом;
- женская консультация;
- центр планирования семьи и репродукции;
- центр охраны репродуктивного здоровья подростков;
- дом ребенка.

Источниками информации о состоянии репродуктивного здоровья и деятельности службы охраны материнства и детства могут служить официальные статистические, в том числе медицинские, формы учета, находящиеся в ведении городских отделов статистики, отделов медицинской

статистики при органах управления здравоохранением, архивы отделов кадров предприятий и организаций, результаты научных исследований.

Учетная и отчетная медицинская документация:

1. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф.025-2/у);
2. Талон амбулаторного пациента (ф.025-6/у);
3. Контрольная карта диспансерного учета (ф.030/у);
4. История родов (ф. 096/у);
5. Выписка из карты развития новорожденного (ф.097-1/у);
6. Индивидуальная карта беременной и роженицы (ф.111/у);
7. История развития ребенка (ф. 112/у);
8. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (ф.113/о);
9. Медицинская карта прерывания беременности (ф.003-1/у);
10. Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у);
11. Медицинское свидетельство о рождении (ф.103-/у-95);
12. Врачебное свидетельство о смерти (ф.106/у-95);
13. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти (ф.106-2/у-95);
14. Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (ф.084/у);
15. Отчет о работе центра здоровья и лечебно-профилактического учреждения по вопросам формирования здорового образа жизни, гигиенического воспитания населения за ___ год (ф.51 -здоров);
16. Отчет о сети деятельности медицинских учреждений за ___ год (ф.47-здоров);
17. Отчет о медицинской помощи детям за ___ год (ф.31-здоров);
18. Отчет о заболеваниях, передающихся преимущественно половым путем, грибковые кожные болезни и чесотку за ___ квартал 20__ год (ф.9-короткая);
19. Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (ф.002/у);
20. Журнал записи родов в стационаре (ф.010/у);
21. Отчет об абортах за ___ год (ф.13);
22. Отчет о новорожденных и детях, умерших в возрасте до 1 года по ___ месяца ___ г. (ф.54-здоров);
23. Отчет лечебно-профилактического учреждения за ___ год (ф.20);
24. Отчет о медицинской помощи беременным, родильницам и роженицам (ф.21);
25. Сводная ведомость учета заболеваний и причин смерти в данном лечебном учреждении (среди взрослого населения 18 лет и старше) по ___ квартал ___ год (ф. 071-1/о).

VII. Методика расчёта и анализа основных показателей, характеризующих репродуктивное здоровье населения

Показатели репродуктивного здоровья определяются по ниже приведенным формулам. Оценка показателей осуществляется путём их сопоставления с оценочными критериями и показателями, которые приводятся в тексте.

Показатели, характеризующие отдельные аспекты репродуктивного здоровья населения

№ п/п	Показатель	Формула расчета показателя
1	Фертильность (плодовитость) общая	$\frac{\text{Число родившихся} \times 1000}{\text{Число женщин 15-44 лет}}$
2	Распространённость бесплодия общая	$\frac{\text{Число семейных пар в возрасте до 45 лет, которым установлен диагноз бесплодия} \times 1000}{\text{Общее число семейных пар в возрасте до 45 лет}}$
3	Исходы беременности (удельный вес беременных, у которых беременность закончилась родами)	$\frac{\text{Число женщин, у которых беременность закончилась родами (в срок и преждевременно)} \times 100}{\text{Число беременных, у которых беременность закончилась родами (в срок и преждевременно)} + \text{число беременных, у которых беременность закончилась абортom (самопр. + по мед. показаниям и неустановленного х-ра)}}$
4	Исходы беременности (удельный вес беременных, у которых беременность закончилась абортom)	$\frac{\text{Число женщин, у которых беременность закончилась абортom (самопр. + по мед. показаниям и неустановленного х-ра)} \times 100}{\text{Число беременных, у которых беременность закончилась родами (в срок и преждевременно)} + \text{число беременных, у которых беременность закончилась абортom (самопр. + по мед. показаниям и неустановленного х-ра)}}$
5	Частота абортов у женщин фертильного возраста	$\frac{\text{Абсолютное число абортов} \times 1000}{\text{Число женщин в возрасте 15-49 лет}}$
6	Удельный вес детей, родившихся с низкой массой тела (до 2500 г.)	$\frac{\text{Число детей, родившихся с низкой массой тела (до 2500 г.)} \times 100}{\text{Число детей родившихся в срок и преждевременно}}$
7	Удельный вес детей, родившихся с врожденными пороками развития	$\frac{\text{Число детей, родившихся врожденными пороками развития} \times 100}{\text{Число детей родившихся в срок и преждевременно}}$
8	Частота обращений по поводу отдельных гинекологических заболеваний	$\frac{\text{Число обращений по поводу гинекологических заболеваний} \times 1000}{\text{Численность женщин, проживающих в районе женской консультации}}$

Типовое задание

В области К. проживает 500 тысяч женщин фертильного возраста. По данным статистической отчетности за анализируемый год было зарегистрировано 14800 случаев искусственного прерывания беременности. Частота нарушений менструального цикла составила 9,9 случаев на 1000 женского населения или 108% по сравнению с данными по Украине.

Некоторые данные, характеризующие репродуктивное здоровье женщин области в динамике, приведены в таблице.

Год	Ср. возраст первого полового контакта, лет	Частота аборт			Частота невынашивания		
		На 1000 женщин фертильного возраста	в % по сравнению с данными по Украине	по	на 100 беременных	в %	в % по сравнению с данными по Украине
2013	12,0±0,5		108,4		12,0	127,8	120,0

Примечание: распределение аборт по возрасту среди женщин области в отчетном году (в %): 10-14 лет – 0,4; 15-17 лет – 2,5; 18-34 – 80,5; 35-49 лет – 16,6.

ЗАДАНИЯ:

1. Провести статистическую обработку данных;
2. Рассчитать показатель частоты аборт в отчетном году;
3. Определить направления по улучшению репродуктивного здоровья женщин области.

Эталон решения задачи

1. Частота аборт =

$\frac{\text{Число случаев искусственного прерывания беременности} \times 1000}{\text{Число женщин фертильного возраста}}$

$\frac{14800 \times 1000}{500000} = 29,6$ случаев на 1000 женщин фертильного возраста.

$29,6$ случаев на 1000 женщин фертильного возраста.

500000

2. В отчетном году частота аборт в области в расчете на 1000 женщин фертильного возраста составила около 30 случаев и это на 8,4% больше, чем в среднем по Украине.

Больше всего аборт (80,5%) сделано женщинами наиболее детородного возраста (18-34 лет). На втором ранговом месте по частоте проведенных аборт стоит возрастная группа женщин 35-49 лет (16,6%). Как известно, аборт приводят к серьезным нарушениям здоровья, зачастую к бесплодию. Этим можно, объяснить и высокий уровень нарушений менструального цикла, который регистрируется у женщин области.

3. Учащение аборт стало основной причиной роста и частоты невынашивания беременности женщинами области. Это свидетельствует о явном ухудшении состояния здоровья женщин в указанной области.

4. Направления по улучшению репродуктивного здоровья женщин области:

4.1. Усилить гигиеническую и просветительную работу среди подростков и молодежи по вопросам ответственного сексуального поведения, вреда аборт, особенно в подростковом и молодом возрасте, о важности сохранения репродуктивного здоровья.

4.2. Разработать мероприятия по предупреждению непланируемой беременности (обучение современным способам контрацепции, проведение медикаментозного прерывания беременности в ранние сроки и т.п.) и повышению ответственности отцовства.

4.3. Создать центры планирования семьи в крупных городах области.

4.4. Усилить контроль за профилактической работой акушеров-гинекологов области.

VIII. Самостоятельная работа студентов:

Практическая часть занятия предусматривает выполнение следующих учебных заданий:

1. Ознакомиться с содержанием и основными терминологическими понятиями темы под контролем преподавателя (изучение, конспектирование).
2. Решение ситуационных задач.
3. Дать ответы на контрольные вопросы.

Ситуационные задачи

1. В М-ском районе в отчетном году проживало 50 тысяч человек, в том числе 28 тысяч женщин, из которых 17 тысяч составили женщины в возрасте 15-49 лет. За год в районе родилось живыми 730 детей. Рассчитайте показатель общей плодовитости. Сделайте выводы и дайте рекомендации.

2. В г. М. проживает 28 тысяч населения репродуктивного возраста, из них 56% - женщины. За год в женских консультациях находилось на учете 4 тыс. женщин, родилось живыми 3 тыс. 205 детей. Рассчитайте показатель частоты абортот и оцените работу женской консультации по вопросам планирования семьи.

3. В г. З. проживает 30 тысяч населения репродуктивного возраста, из них 55% - женщины. За год в женских консультациях находилось на учете 4345 женщин, родилось живыми 3 тыс. 345 детей. Рассчитайте показатель общей плодовитости. Сделайте выводы и дайте рекомендации.

4. В г. А. проживает 30000 семейных пар, из них 24000 в возрасте до 45 лет. По данным обращаемости за медицинской помощью 4000 семейных пар в возрасте до 45 лет страдает бесплодием. Рассчитайте показатель общей распространённости бесплодия. Сделайте выводы и дайте рекомендации.

5. В городе В. проживает 15000 женщин фертильного возраста. Из их числа у 750-и установлена беременность. У 350 женщин беременность закончилась родами (320 - в срок и 30 - преждевременно). Рассчитайте показатели, характеризующие исходы беременности (удельный вес беременных, у которых беременность закончилась родами в срок, удельный вес беременных, у которых беременность закончилась преждевременными родами. Сделайте выводы и дайте рекомендации.

6. В городе Ж. проживает 15000 женщин фертильного возраста. Из их числа у 750-и установлена беременность. У 400 женщин беременность закончилась абортот (120 -самопроизвольным, 30 - по мед. показаниям, 250 - по желанию женщин). Рассчитайте показатели, характеризующие исходы беременности (удельный вес беременных, у которых беременность закончилась абортотами по мед. показаниям, удельный вес беременных, у которых

беременность закончилась абортами по желанию женщин). Сделайте выводы и дайте рекомендации.

7. В городе Д. родилось в срок и преждевременно 350 детей. Из них 45 детей имели массу тела менее 2500 г., в т.ч. 20 детей с массой тела менее 1800 г. 15 детей имели врожденные пороки развития. Рассчитайте удельный вес детей, родившихся с низкой массой тела и удельный вес детей, родившихся с врожденными пороками развития. Сделайте выводы и дайте рекомендации.

8. В г. К. проживает 58 тысяч населения репродуктивного возраста, из них 53% - женщины. За год в женских консультациях находилось на учете 7,5 тыс. женщин, родилось живыми 5 тыс. 300 детей. Рассчитайте показатель частоты абортов и оцените работу женской консультации по вопросам планирования семьи.

9. В г. Н. проживает 55000 семейных пар, из них 45000 в возрасте до 45 лет. По данным обращаемости за медицинской помощью 7500 семейных пар в возрасте до 45 лет страдает бесплодием. Рассчитайте показатель общей распространенности бесплодия. Сделайте выводы и дайте рекомендации.

10. В городе В. проживает 25000 женщин фертильного возраста. Из их числа у 1250-и установлена беременность. У 450 женщин беременность закончилась родами (520 - в срок и 50 – преждевременно). Рассчитайте показатели, характеризующие исходы беременности (удельный вес беременных, у которых беременность закончилась родами в срок, удельный вес беременных, у которых беременность закончилась преждевременными родами. Сделайте выводы и дайте рекомендации.

ІХ. Список літератури

Основная литература

1. Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / За ред. В.Ф. Москаленка. – Вид. 3. - Вінниця: Нова Книга, 2013. — 560 с
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка. - Київ: «Здоров'я», 2002. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять, для ВМНЗ III-IV рівнів акредитації) / За редакцією Руденя В.В. - Львів, 2003.

Дополнительная литература

4. Вовк, І.Б., Квашенко. В.П. Особливості репродуктивної поведінки підлітків // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 75 - 77.
5. Гойда Н. Г., Парій В. Д., Донець В. Є.. Стан репродуктивного здоров'я населення Житомирської області та перинатальні репродуктивні втрати // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - №1. – С.24-26
6. Голяченко О. М., Голяченко А. О. Демографічні процеси в Україні в роки незалежності // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - Київ, 2011. – №4. – С.
7. Городнова Н.Н. Репродуктивное здоровье молодежи Украины // PsyJournals.ru, 2011
8. Давидян О. В., Давидян К. В. Планирование семьи и охрана репродуктивного здоровья // Молодой ученый. — 2011. — №1. — С. 256-257.
9. Клименко В.І., Денисенко І.М.. Стан та чинники ризику репродуктивного здоров'я населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2011. - №3. – С.. 25-29
10. Лехан В.М., Гінзбург В.Г.. Перинатальна смертність в Україні: досягнення та проблеми // Україна. Здоров'я нації. – 2012. - №1. – С.15-25
11. Подольський В.В. Стан репродуктивного здоров'я молодих жінок і шляхи його поліпшення // Україна. Здоров'я нації. – 2013. - №4. – С.7-14
12. Репродуктивне здоров'я: медико-соціальні проблеми / За ред. В.М. Лобаса, Г.О. Слабкого. - Донецьк: Либідь, 2004.- 146 с.
13. Репродуктивное здоровье и сексуальность подростков / Под ред. А.М. Куликова.–СПб.: РОО «Взгляд в будущее», 2006.
14. Репродуктивное здоровье (руководство для врачей). Под редакцией Б.М.Ворника. — К.:ИЦ "Семья",2005. — 128 с.
15. Рингач Н. О., Моїсеєнко Р. О.. Національна політика у сфері охорони репродуктивного здоров'я і планування сім'ї: експертна оцінка // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - №1. – С.60-64
16. Рябышева Л. В., Макарова О. Н. Влияние репродуктивного здоровья на демографическую ситуацию в стране [Текст] // Медицина и здравоохранение: материалы II междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). — Уфа: Лето, 2014. — С. 3-5.

17. Сурмач М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки // [http:// www.mednovosti](http://www.mednovosti)
18. Ушакова Г.А., Николаева Л.Б. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2010. - №3. – С.14-17
19. Шкробанец І.Д., Нечитайло Ю.М., Андрієць О.А. Медико-соціальні паралелі репродуктивного здоров'я дівчат та проблеми перинатальної патології новонароджених дітей // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* - Київ, 2012. – №4. – С.8-12

Интернет-ресурсы:

<http://intranet.tdmu.edu.ua>
<http://medbib.in.ua>
<http://vmede.org>
<http://www.bestreferat.ru>
<http://pandia.ru>
<http://medvuz.info>

X. План и организационная структура учебного занятия:

№ п/п	Этапы занятия	Уровень учебных целей	Виды контроля	Материально-методическое обеспечение	Разделение времени
I. Подготовительный этап (20%)					
1. 2. 3.	Организация занятия. Постановка учебной цели. Контроль входящего уровня знаний.	I-II	1.Индивидуальный устный опрос. 2.Структурированная письменная работа	1.Контрольные вопросы: гл. IV 2.Графологическая структура темы.	20 минут
II. Основной этап (70%)					
1.	Формирование знаний и умений соответственно учебной цели .	III	1.Изучение и конспектирование основного содержания темы. 2.Решение ситуационных задач. 3.Обсуждение вопросов темы.	1.гл. V, IV, VII	105 минут
III. Заключительный этап (10%)					
1. 2. 3.	Заключительный контроль приобретенных знаний и умений. Подведение итогов занятия. Оценка знаний студентов. Озвучивание темы следующего занятия.	III	1.Индивидуальный контроль знаний и умений. 2.Подписание протоколов. 3.Самостоятельная подготовка.	1.Протоколы. 2.Критерии оценки по ECTS. 3.Учебник. методические указания к практическому занятию.	10 минут