

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ И СНИЖЕНИЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Т.Н. Павленко¹, Н.П. Малеева¹, Н.И. Тупикова²

¹Оренбургский государственный медицинский университет,

²Городская больница, Бузулук, Оренбургская область

E-mail: pavlenko-tamara@mail.ru

Представлены данные о динамике и структуре перинатальной смертности в западной зоне Оренбургской области, отмечена тенденция к снижению этих показателей.

Ключевые слова: младенческая смертность, средний медицинский персонал, приоритетные направления работы.



Младенческая смертность является одной из важнейших медико-социальных характеристик общества, отражающих влияние на его здоровье комплекса неблагоприятных факторов, таких как неудовлетворительные здоровье матери, качество и доступность медицинской помощи, социально-экономические условия и др. [1, 2]. Ухудшение демографической ситуации в России на рубеже веков (высокая смертность и низкая рождаемость, формировавшие естественную убыль населения в 2002–2012 гг.) определяет особую актуальность проблемы снижения заболеваемости и смертности новорожденных [1]. В России, как и в других странах с невысокой рождаемостью, жизнь и здоровье каждого ребенка представляет собой огромную ценность [3]. Вместе с тем, по официальным статистическим данным, каждый 3-й ребенок рождается больным [4]. В последние десятилетия младенческая смертность в Российской Федерации (РФ) неуклонно снижается [5]. Так, если в 1985 г. она составляла 20,3%, то в 2014 г. – 9,7% [6]. В структуре причин младенческой смертности стабильно преобладают 3 класса болезней. На 1-м месте – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (перинатальные состояния), среди которых

лидируют кровоизлияния в желудочки головного мозга, внутриутробные инфекции, синдром дыхательных расстройств; на 2-м месте – врожденные аномалии (пороки развития) и хромосомные нарушения, на 3-м – болезни крови, кроветворных органов, нарушения иммунитета и др.

С 01.01.12 вступил в силу приказ Минздрава РФ от 27.12.11 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи», утвердивший новые критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ [7]. Переход на новые критерии живорождения обусловил рост показателя младенческой смертности в РФ на 18,3%, что преимущественно произошло из-за роста смертности в раннем и позднем неонатальном периоде детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела [5].

В последнее десятилетие организация акушерской и неонатологической помощи в стране претерпела существенные изменения – реализуется Федеральная программа «Безопасное материнство»; получила развитие служба планирования семьи. Много внимания уделяется реализации системы перинатальной помощи; созданы специализированные родильные дома и детские больницы, перинатальные и неонатальные центры; проводится реструктуризация учреждений родовспоможения и детства, внедряются современные перинатальные технологии.

Данное исследование проведено на базе Городской больницы Бузулука, в состав которой входит Межмуниципальный перинатальный центр. Больница оказывает квалифицированную высокотехнологичную помощь разных профилей населению Бузулука и прилегающих к нему районов – Бузулукского, Тоцкого, Грачевского, Первомайского, Курманаевского, Сорочинского, Матвеевского, Асекеевского, Бугурусланского, Северного.

Анализировались статистические данные, отражающие динамику младенческой смертности в западной зоне Оренбургской области, изучались законодательные и правовые акты федерального и регионального значения, регламентирующие работу Центра. Исследовали основные показатели его деятельности,

Таблица 1
Динамика показателя младенческой смертности в 2012–2014 гг.; %

Год	РФ	Оренбургская область	Перинатальный центр	Бузулук
2012	9,8	9,7	11,6	16,4
2013	8,6	9,5	13,8	9,4
2014	7,4	9,7	9,8	6,2

учета санитарно-просветительной работы; отчет о работе кабинета за 2013 и 2014 г.г.; должностные обязанности акушерки кабинета. Проведен анализ учетной документации: обменной карты беременной (форма №113/у); истории родов (форма №096/у); истории развития новорожденных (форма №097/у). Проанализировано по 120 обменных карт беременной, историй родов, историй развития новорожденных за 2013 г. и соответственно – за 2014 г.

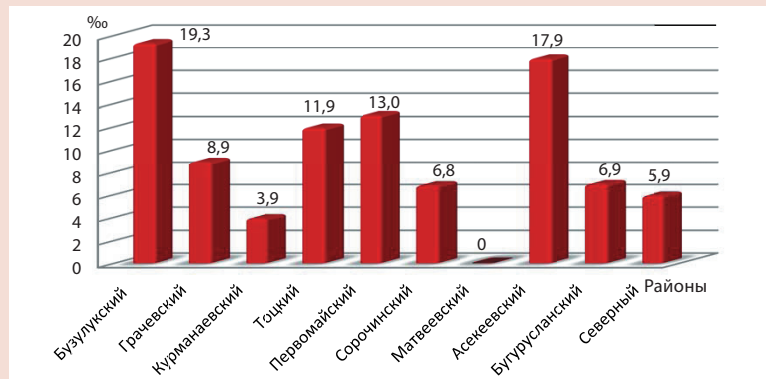
Установлено, что показатель рождаемости в западной зоне Оренбургской области за исследуемый период находился на уровне, аналогичном таковому в РФ, – 13,8 % в 2013 г. и 13,2% в 2014 г., что несколько ниже чем в Оренбургской области в целом – соответственно 14,8 и 14,6%.

Младенческая смертность в 2014 г. в западной зоне Оренбургской области снизилась на 29% и составила 9,8% (в 2013 г. – 13,8%), чему способствовало открытие отделения реанимации новорожденных в 2013 г. (табл. 1).

Показатели младенческой смертности существенно варьируют в отдельных прилегающих к Бузулуку районах Оренбургской области – от низких в Курманаевском и Матвеевском до высоких в Бузулукском и Асекеевском (см. рисунок). Это, видимо, объясняется как удаленностью некоторых районов от Центра (Асекеевский район), так и недостатками функционирования системы акушерско-гинекологической помощи населению (Бузулукский район).

Среди причин смерти преобладают «эндогенные», обусловленные независимыми от внешней среды факторами (нежизнеспособность плода, связанная с состоянием здоровья матери; патологическое течение беременности и родов; пороки развития плода, несовместимые с жизнью, и др.). Высокий показатель младенческой смертности в значительной степени обусловлен тем, что Межмуниципальный перинатальный центр является перинатальным центром 2-го уровня; он обслуживает прилегающие районы, принимая на родоразрешение женщин с сопутствующей патологией (табл. 2).

Таким образом, показатели перинатальной смертности имеют тенденцию к снижению. Вместе с тем остается высокой летальность в отделении реанимации новорожденных: 11,7% в 2013 г. и 3,6% – в 2014 г. В эту группу входят самые тяжелые дети, переведенные непосредственно из родильного дома или доставленные из прикрепленных районов. Основные причины смерти – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, в том числе – глубокая недоношенность, пневмопатия, врожденная пневмония, врожденные пороки развития, а при мертворождаемости – внутриматочная гипоксия и асфиксия при родах (табл. 3).



Показатели младенческой смертности в районах западной зоны Оренбургской области в 2013 г.

Таблица 2
Показатели перинатальной смертности в Межмуниципальном перинатальном центре в динамике за 2013–2014 гг.; %

Показатель	2013 г.	2014 г.
Перинатальная смертность	12,2	5,7
Мертворождаемость	7,3	3,8
Ранняя неонатальная смертность	4,9	1,9

Таблица 3
Структура перинатальной смертности по данным Перинатального центра

Структура перинатальной смертности за 2014 г.	Показатель, %
Перинатальная смертность	5,7
Ранняя неонатальная смертность	1,9
Ранняя неонатальная смертность среди доношенных	1,0
Ранняя неонатальная смертность среди недоношенных	19,2
Мертворождаемость	3,8
Антенатальная мертворождаемость	3,8
Интранатальная мертворождаемость	–

для чего использовали метод выкопировки официальных данных из отчетных форм №30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» и №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2013 и 2014 г.г. Анализировалась также отчетная документация кабинета планирования семьи: форма №038-0/У журнала

Основные группы женщин высокого социального риска, рожавших в 2013 и 2014 г.г.

Группы	2013 г.		2014 г.	
	абс.	%	абс.	%
Юные первородящие	11	9,2	7	5,8
Студентки	25	20,8	19	15,8
Не состоящие в браке	34	28,3	31	25,8
Домохозяйки	37	30,8	33	27,5
Не посещавшие женскую консультацию	9	7,5	7	5,8
Не вошедшие в группы риска	4	3,4	23	19,3

В структуре младенческой смертности преобладает ранняя неонатальная смертность (в первые 7 дней жизни).

Согласно данным табл. 3, смертность в ранний период определяется в основном смертностью недоношенных, в связи с чем общий показатель смертности зависит от доли недоношенных среди всех родившихся. Даже незначительное увеличение смертности недоношенных детей может привести к значительному повышению показателей младенческой смертности в целом.

Одной из задач исследования явилось определение младенческой смертности в зависимости от ряда факторов, влияющих на состояния, приводящие к смерти. Изучены ряд социальных факторов, а также гестационный возраст ребенка, экстрагенитальная патология беременных, неблагоприятный акушерский анамнез и асфиксия в родах.

В современных исследованиях, посвященных проблеме перинатальной патологии, много внимания уделяется выявлению группы беременных с высоким риском неблагоприятных исходов родов для плода. В связи с этим проанализированы обменные карты беременных, истории родов, истории развития младенцев, рожденных женщинами разных социальных групп в 2013 и 2014 г.г. Выделено 5 социальных групп женщин: юные первородящие; не состоящие в браке; студентки; домохозяйки; женщины, не состоящие на учете в женской консультации (табл. 4).

Определена значительная доля женщин, не состоящих в браке к моменту беременности и родов. Не посещавших женскую консультацию в 2013 г. было 7,5%, в 2014 – 5,8%. В этих группах риска значительно выше частота осложнений беременности и родов. Чрезвычайно высокий процент преждевременных родов у таких женщин позволяет предположить возможную попытку некоторых из них прибегнуть к вмешательству с целью прерывания нежелательной беременности.

У женщин групп высокого социального риска нельзя исключать и фактор тревожности и нервно-психического напряжения. У беременных, не состоящих в браке, это, возможно, обусловлено неустойчивостью семьи, у отказавшихся от наблюдения врача – неуверенностью в исходе беременности, у студенток – большим напряжением, вызванным учебным процессом, у юных первородящих – социальной, психической и физической неподготовленностью к материнству.

Хотелось бы остановиться на группе домохозяек. Как показал анализ, у некоторых женщин низкий уровень образования, наблюдаются вредные привычки (курение во время беременности, употребление слабых алкогольных напитков), плохое питание, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, т.е. факторы социально-экономического ха-

рактера. В связи с этим женским консультациям и родильным домам особенно пристальное внимание следует обратить на медицинскую помощь беременным и роженицам этой социальной группы.

Важнейшей задачей российского здравоохранения является укрепление его профилактической направленности. Роль средних медицинских работников в ее решении трудно переоценить. Задача акушерки женской консультации, помимо выполнения назначений врача, – предоставить информацию о течении беременности, родов и послеродового периода, обеспечить всестороннюю помощь при организации консультаций. Проводя патронаж, чрезвычайно важно оказать психологическую поддержку беременной женщине. Обучение женщин приемам самообследования молочных желез – один из наиболее ответственных разделов работы сестринского персонала. Профилактика абортотворения и заболеваний, передающихся половым путем, в значительной мере опирается на успешность санитарно-просветительской работы сестринского персонала женской консультации и отделения планирования семьи.

В задачи исследования входило изучение деятельности кабинета планирования семьи и репродуктологии, который является подразделением отделения Городской больницы Бузулука и предназначен для оказания консультативной медицинской помощи по вопросам планирования семьи, выявления бесплодия и сохранения репродуктивного здоровья.

Роль акушерки женской консультации, отделения патологии беременных и родильного отделения определяется как информационно-психологическая. Средний медицинский персонал осуществляет ряд мер по охране и восстановлению здоровья матери и ребенка. Каждая будущая мать должна быть уверена в том, что на протяжении всей беременности ее ребенок, а также она сама будут находиться под бдительным контролем специалистов. В условиях нынешней демографической ситуации

открытие школ для будущих мам на базе женских консультаций и учреждений по родовспоможению можно считать важным шагом на пути ее улучшения и повышения рождаемости. В школах для будущих мам проводится психопрофилактическая подготовка к родам и материнству. Эффективная работа школ способствует снижению уровня тревожности у беременных, прошедших обучение, повышает их информированность о внутриутробном развитии плода, процессе родов и развитии новорожденного.

Подготовка к родам – очень важная технология, которая тоже должна стать сферой деятельности акушерок. Образовательная, разъяснительная, профилактическая и лечебная работа по обеспечению и поддержке грудного вскармливания – также преимущественно сестринские технологии.

Для беременной женщины пребывание в родовом отделении является стрессом. В этот период она, помимо информации о состоянии своего здоровья и состоянии здоровья своего ребенка, надеется получить от акушерки психологическую помощь и поддержку. На роды женщина отправляется с тем багажом знаний и умений, который она успела приобрести во время беременности.

Велика роль акушерки и в профилактике осложнений послеродового периода, но на каждом этапе становления женщины как матери она существенно различается. В послеродовом периоде женщина уже выступает в новой для себя роли – роли матери. В этот трудный период от акушерки требуются всесторонняя помощь и контроль за правильностью выполнения женщиной рекомендаций врача и новых для нее материнских функций. Акушерка послеродового отделения – помощник, наставник, советчик.

В постоянном контакте с ребенком и его матерью в стационаре работает медсестра отделения новорожденных. При уходе за детьми медсестра должна строго соблюдать все правила асептики и антисептики. Сестринский процесс способствует улучшению оказания ежедневной психологической помощи и поддержки, обучению и консультированию пациентки и ее семьи, профилактике осложнений и укреплению здоровья женщины, созданию условий для удовлетворения ее основных потребностей. Медсестра отделения новорожденных обучает маму особенностям ухода за ребенком, информирует ее о пользе грудного вскармливания, правильном прикладывании ребенка к груди и кратности кормления и таким образом контролирует его процесс.

Существенное значение придается роли медицинских работников среднего звена в профилактике внутрибольничных, нозокомиальных внутрибольничных инфекций и инфекций, связанных

с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Чем лучше организована работа по выполнению санитарных правил, чем четче выполняются все требования, чем чаще и качественнее осуществляется производственный контроль, тем ниже риск возникновения ИСМП. Работа медсестры в отделении не ограничивается процедурами, манипуляциями и заполнением документации. Одна из важнейших обязанностей среднего медицинского работника – проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы среди пациентов, находящихся на лечении в стационаре. Четкое определение функциональных обязанностей медсестры позволяет конкретизировать ее деятельность и повысить качество ее работы.

Сейчас созданы алгоритмы выполнения сложных манипуляций, реализации сестринских технологий и профилактики инфекций. Обучение медсестер проводится вне рабочего времени циклическими курсами, что позволяет допускать к работе с аппаратурой профессиональный, обученный персонал, структура обеспечивает формирование всех необходимых связей между подразделениями и улучшает контроль за их работой.

Введение в областную систему медицинской помощи структурных подразделений Перинатального центра способствовало снижению младенческой смертности в регионе. Отмечена выраженная тенденция к снижению показателей перинатальной смертности, однако они существенно различаются в приписанных к Перинатальному центру районах западной зоны Оренбургской области. Это свидетельствует о необходимости детального изучения доступности медицинской помощи в данном регионе, а также унифицированной и качественной работы среднего медицинского персонала в сельских районах, что может быть достигнуто путем детальной разработки алгоритмов, технологий многообразной деятельности среднего медицинского персонала, а также путем обучения средних медицинских работников на базе Перинатального центра силами выпускников факультета высшего сестринского образования. Целесообразно в каждом лечебном учреждении, оказывающем лечебно-профилактическую помощь женщинам и детям, разработать критерии качества работы среднего медицинского персонала, включая показатели младенческой смертности, с последующим использованием методов материального стимулирования.

Литература

1. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: Менеджер здравоохранения, 2012; 320.
2. Корсунский А.А., Балева Л.С., Корнеева Е.Е. Региональные особенности смертности детей России. Педиатрия. 2004; 1: 13–7.

3. Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Больничная летальность детей на первом году жизни. Казанский медицинский журнал. 2006; 157–8.

4. Байбарина Е.Н. Диагностика и лечение респираторного дистресс-синдрома недоношенных. Журнал интенсивная терапия. 2007; 2: 30–6.

5. Суханова Л.П., Скляр М.С. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска. Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты населения». 2008; 4: 1–50.

6. Корсунский А.А., Балева Л.С., Карпеева Е.Е. Региональные особенности смертности детей в России. Педиатрия. 2005; 1: 13–7.

7. World Health Statistics 2006 – World Health Organization. 2006; 78.

MID-LEVEL MEDICAL STAFF'S WORK TO REDUCE INFANT MORTALITY

T.N. Pavlenko¹, N.P. Maleeva¹, N.I. Tupikova²

¹Orenburg State Medical University;

²Town Hospital, Buzuluk, Orenburg Region

The paper gives the data of an investigation of changes and structure of perinatal death rates in the Western Zone of the Orenburg Region and notes the trend to reduce these rates.

Key words: infant mortality, mid-level health workers; priority areas of study.