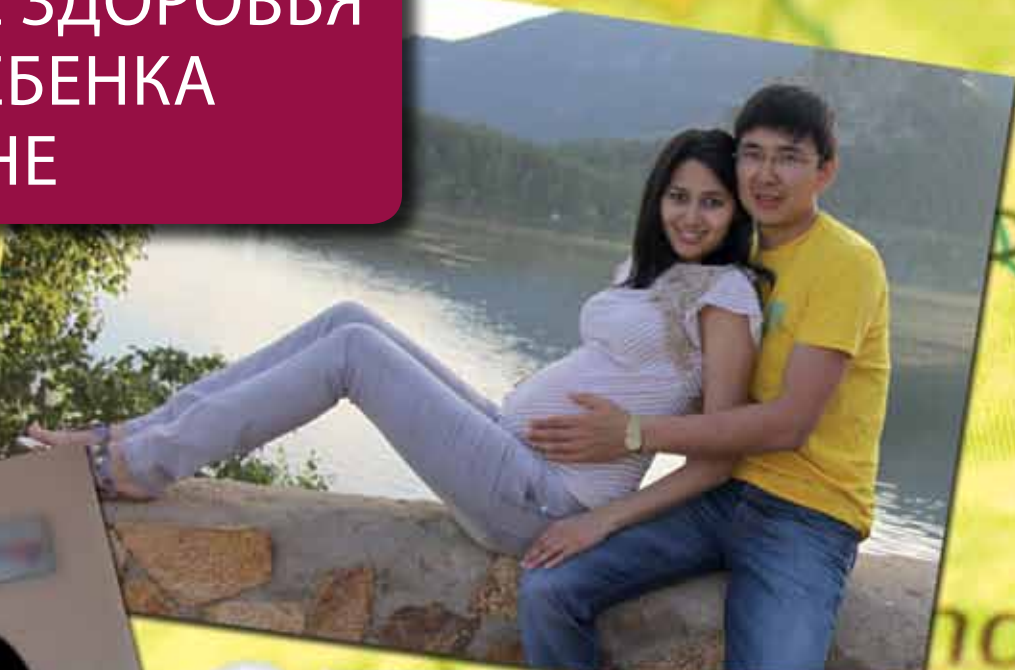


УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В КАЗАХСТАНЕ



РЕЗУЛЬТАТЫ СОВМЕСТНОГО ПРОЕКТА ЕС И ВОЗ
“ПОДДЕРЖКА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В КАЗАХСТАНЕ”

Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

№.74 - 2011



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Entre Nous издаётся:

Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья
Сексуальное и репродуктивное здоровье (включая «Обеспечение безопасной беременности»)

Европейское региональное бюро ВОЗ
Schermfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tel: (+45) 3917 1717
Fax: (+45) 3917 1818
E-mail: entrenous@euro.who.int
www.euro.who.int/entrenous

Главный редактор

Dr. Gunta Lazdane

Редактор

Dr. James Drife

Помощник редактора

Jane Persson

Макет

Kailow Creative, Denmark.
www.kailow.dk

Печать

Akciju Sabiedriba S&G

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Нью-Йорк, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания.

Данный выпуск был опубликован при финансовой поддержке Европейского Союза.

Тираж данного издания составляет 3000 экз. на английском и 1500 экз. на русском языках.

Данный выпуск Entre Nous опубликован на русском языке Европейским региональным бюро ВОЗ.

Материалы журнала Entre Nous могут быть свободно переведены на любой национальный язык, переизданы в журналах и газетах или размещены на веб-сайтах с обязательной ссылкой на журнал Entre Nous, UNFPA и Европейское региональное бюро ВОЗ.

Мнения, выраженные в данной публикации, необязательно отражают официальное мнение Европейского Союза.

Статьи, публикуемые в Entre Nous, обязательно отражают точку зрения UNFPA или ВОЗ. За справками просим обращаться к указанному в статьях авторам.

За информацией о деятельности, поддерживаемой ВОЗ, или за документами ВОЗ просим обращаться к Dr. Gunta Lazdane, Отдел неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья, Сексуальное и репродуктивное здоровье, по вышеуказанному адресу.

Заказать публикации ВОЗ можно через торгового представителя ВОЗ в каждой стране или в Отделе маркетинга и распространения по адресу:
CH-1211, Geneva 27, Switzerland

ISSN: 1014-8485

Вступительное слово Министра здравоохранения Республики Казахстан <i>Dr Salidat Kairbekova</i>	3
Вступительное слово Посла Европейского Союза <i>Norbert Jousten</i>	4
Разработка политики здравоохранения в Казахстане <i>Vivian Barnekow</i>	5
Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане <i>Gaukhar Abuova, Assel Mussagalijeva, Melita Vujnovic, Vivian Barnekow, Alberta Bacci, Aigul Kuttumuratova</i>	6
Партнерство для достижения успеха: роль ВОЗ и менеджеров здравоохранения в улучшении перинатальной помощи <i>Gaukhar Abuova, Assel Mussagalijeva, Zhumagali Ismailov, Kairzhan Mabiyeu, Askhat Balykov, Alberta Bacci</i>	8
Эффективный перинатальный уход и помощь: опыт внедрения в Казахстане <i>Zoya An, Madina Maishina, Gul Omarova, Meruyert Ermekova, Magripa Yembergenova, Narkul Boyedilova, Alberta Bacci</i>	10
Опыт и взгляд женщин на изменение тактики ведения родов <i>Anastasiya Dyadchuk, Gaukhar Abuova, Anvar Abzullin</i>	12
Регионализация перинатальной помощи в Южно-Казахстанской области <i>Gelmius Šiupsinskas, Audrius Mačiulevičius, Inna Glazebnaya, Magripa Yembergenova, Gaukhar Abuova, Alberta Bacci</i>	14
Основные причины материнской смертности в акушерской практике: первый опыт и итоги конфиденциального аудита в Республике Казахстан <i>Gauri Bapayeva, Zoya An, Alberta Bacci</i>	16
Опыт внедрения аудита «Анализ угрожающих жизни акушерских осложнений» в Казахстане: улучшение практики ведения кровотечений <i>Kanat Sukhanberdiyev, Ardak Ayazbekov, Arman Issina, Gaukhar Abuova, Stelian Hodorocea, Alberta Bacci</i>	18
Вовлечение отдельных лиц, семей и местных сообществ в улучшение охраны здоровья матери и ребенка: пилотный опыт Южно-Казахстанской области <i>Isabelle Cazottes, Aigul Kuttumuratova, Gaukhar Abuova, Bayan Babayeva</i>	20
Внедрение стратегии Интегрированного ведения болезней детского возраста – от позитивного опыта в Южном Казахстане к повсеместному внедрению в стране <i>Aigul Kuttumuratova, Gaukhar Abuova, Zaura Ospanova, Bayan Babayeva</i>	22
Подход ВОЗ к межсекторальному сотрудничеству: взгляд из Казахстана <i>Assel Mussagalijeva, Gaukhar Abuova, Melita Vujnovic, Vivian Barnekow, Azhar Tulegalijeva</i>	24
Оценка и улучшение качества медицинской помощи в детских стационарах <i>Giorgio Tamburlini</i>	26
Восприятие акушеров к ключевым изменениям практики ведения родов <i>Irina Stepanova, Yulia Korsunova, Nurbakhyt Narikbayeva, Maya Kasymova</i>	28
Ресурсы <i>James Drife</i>	30

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS:

Dr Manjula Lusti-Narasimhan Исследователь по вопросам ВИЧ и сексуального и репродуктивного здоровья, Отдел репродуктивного здоровья и исследований, Штаб-квартира ВОЗ, Женева	Dr Rita Columbia Советник по вопросам репродуктивного здоровья, UNPFA ECA Regional Office	Prof Ruta Nadisauskiene Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, Литовский Университет наук здоровья, Каунас, Литва
Dr Assia Brandrup-Lukanow Старший советник, Датский центр исследований и развития в сфере здоровья, Факультет наук о жизни, Копенгаген	Dr Evert Ketting Старший научный сотрудник, Кафедра общественного здоровья, Radboud University Nijmegen	Dr Mihai Horga Старший советник, Восточно-Европейский Институт по репродуктивному здоровью, Румыния
	Ms Vicky Claeys Региональный директор, Международная федерация планирования семьи, Европейская сеть, Брюссель	

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



Dr Salidat
Kairbekova

За два десятилетия независимости Казахстан добился значительного прогресса в осуществлении широкомасштабных политических, экономических и социальных реформ для создания демократического государства с рыночной экономикой. Развитие человеческого потенциала стало одним из важнейших приоритетов государственных стратегий и программ развития страны на ближайшие годы.

В связи с этим, охрана здоровья матери и ребенка, повышение рождаемости и снижение материнской и детской смертности в Казахстане являются важнейшими направлениями государственной политики. Глава Государства, Правительство Казахстана уделяют большое внимание развитию здравоохранения, как следствие ежегодно увеличиваются финансовые вливания в систему.

Казахстан имеет развитую инфраструктуру, достаточно высокую кадровую обеспеченность, гарантированный бесплатный объем медицинской помощи, оказываемой населению, в т.ч. матерям и детям. Благодаря проводимому последовательному курсу государства, направленному на улучшение экономической, социально-политической ситуации, в стране с 2007 года наметились позитивные тенденции основных медико-демографических показателей – это рост рождаемости – 22,54 (2007 г. – 20,79); естественного прироста населения – 13,60 (2007 г. – 10,57), снижение смертности – 8,94 (2007 г. – 10,22). Важным шагом в принятии международных технологий явился переход Казахстана с 2008 года на критерии

живо- и мертворождения, рекомендованные ВОЗ. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, в стране активно внедряются программы по охране здоровья матерей, детей и подростков, такие как: обеспечение безопасной беременности, планирование семьи и безопасные аборт, клиники дружественные к молодежи, поддержка, поощрение и охрана грудного вскармливания, интегрированное ведение болезней детского возраста.

С принятием системных мер стране удалось снизить показатель материнской смертности в 1,5 раза (с 2004 года), младенческой смертности в 1,3 раза (с 2008 года) в связи с переходом на критерии ВОЗ.

В то же время Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) обеспокоено все еще высокими показателями материнской и младенческой смертности. Улучшение данной ситуации правительство видит в максимальном приближении к международным стандартам здравоохранения с первоочередным вниманием к службе первичной медико-санитарной помощи и работе детских и акушерских стационаров.

В этом направлении нам постоянно на протяжении уже многих лет помогают международные организации, прежде всего, специализированные агентства ООН, где существенна помощь Европейского регионального бюро (ЕРБ) ВОЗ. Проект ЕРБ ВОЗ «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», финансируемый Европейским Союзом и направленный на техническую поддержку МЗ РК в разработке стратегии в области охраны здоровья матери

и ребенка, улучшение качества и организации медицинской помощи беременным, матерям, новорожденным и детям, а также на усиление кадрового потенциала и изменение их практики в соответствии с международно-принятыми стандартами, внес существенный вклад в улучшение здоровья матерей и детей в стране.

Министерство будет и в дальнейшем продолжать сотрудничество с ВОЗ и другими партнерами по укреплению материнства и детства в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.

Dr Salidat Kairbekova
Министр здравоохранения РК



Европейский Союз глубоко заинтересован в политическом партнерстве и сотрудничестве с Казахстаном и странами Центральной Азии. Одним из направлений нашего сотрудничества является взаимная заинтересованность в содействии социальному развитию. Поскольку здоровье является неотъемлемой частью социального развития, и учитывая заинтересованность государственных органов, Представительство Европейского Союза в Казахстане решило совместно с ВОЗ поддержать данный проект, целью которого является улучшение здоровья матери и ребёнка.

1 июля 2009 года Европейский Союз (ЕС) и Всемирная организация здравоохранения совместно с Министерством здравоохранения РК приступили к реализации двухлетнего проекта по поддержке развития системы здравоохранения в Казахстане путём предоставления качественных медицинских услуг беременным женщинам, матерям, новорожденным и детям. Проект подходит к своему завершению, и в связи с этим я хотел бы отметить тот значительный прогресс и результаты, которые были достигнуты в работе по укреплению системы здравоохранения и улучшению здоровья матери и ребенка в Казахстане.

Целью проекта “Поддержка охраны здоровья матери и ребёнка в Казахстане”, финансируемого ЕС на сумму 1,2 млн. евро, являлась поддержка Министерства здравоохранения Казахстана в выполнении основных задач Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы. Проект был направлен на оказание технической поддержки Казахстану в достижении Целей развития тысячелетия 4 и 5 по снижению детской смертности и улучшению материнского здоровья.

В действительности, результаты проекта превзошли данные ожидания. Проект оказал воздействие как на уровне выработки политики здравоохранения, так и местном уровне. Он внес вклад в разработку и принятие стратегии и плана действий по охране здоровья матери и ребенка в рамках новой Государственной Программы по развитию здравоохранения “Саламатты Казахстан” на 2011-2015 годы. Бо-

лее того, в Южно-Казахстанской области проект вовлек местные сообщества совместно с менеджерами здравоохранения и руководством области в процесс решения проблем материнства и детства. Данный подход многостороннего и межсекторального сотрудничества оказался успешным, и мы рады, что стали его частью.

Данный проект является частью большей программы, финансируемой ЕС в Казахстане на сумму в 4,5 млн. евро, направленной на развитие системы здравоохранения и укрепление сотрудничества между Министерством здравоохранения РК и рядом соответствующих структур Евросоюза.

Я очень рад, что устойчивая политика и преданность делу со стороны Министерства здравоохранения Казахстана вместе с финансовой поддержкой Европейского Союза и технической помощью ВОЗ, в результате совместных усилий привели к существенному улучшению здоровья матерей и детей и снижению показателей смертности.

Norbert Jousten
Посол,
Глава Представительства
Европейского Союза в Казахстане

РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ



Vivian
Barnekow

В соответствии с Таллинской хартией, при разработке и внедрении стратегии в государствах-членах ВОЗ рекомендуется использовать подход по укреплению систем здравоохранения. Межсекторальный подход на стратегическом уровне, основным результатом которого является улучшение показателей здоровья, является ключевым при внедрении политики по улучшению здоровья матери и ребенка.

Для Казахстана характерен высокий уровень информированности и политической ответственности в улучшении охраны здоровья матери и ребенка, повышении уровня рождаемости и снижении материнской и младенческой смертности. Тем не менее, развитие стратегий и программ здравоохранения, основанных на международных стандартах, является сложной задачей. Несмотря на это, укрепление здоровья матерей и детей в Казахстане представляется возможным, особенно, при наличии политической воли и поддержки на национальном и региональном уровнях для внедрения мер, рекомендованных ВОЗ.

В сентябре 2004 года указом Президента была принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 гг. Одним из приоритетов программы является охрана здоровья матери и ребенка, который связан с внедрением стандартов качества, норм и руководств. Темп внедрения государственной программы, однако, не был высок.

Стратегический план Министерства здравоохранения на 2009–2011 гг. определил три основных стратегических направления для дальнейшего развития системы здравоохранения: укрепление здоровья населения, создание эффективного управления системой здравоохранения, развитие человеческих ресурсов и реформирование медицинской науки. Специфические цели данных стратегических направлений были следующими:

- Укрепление здоровья населения включает в себя улучшение здоровья матери и ребенка, снижение бремени социально значимых заболеваний и несчастных случаев/травм, поддержание безопасности окружающей среды и популяризация здорового питания и здорового образа жизни.
- Создание эффективного управления системой здравоохранения включает в себя реформирование финансирования и администрирования системы здравоохранения, оптимизацию инфраструктуры здравоохранения с нацеленностью на первичный уровень оказания медицинской помощи, повышение

доступности и улучшение качества медицинского обслуживания.

- Развитие квалифицированных человеческих ресурсов и реформирование медицинской науки, основанной на новых технологиях.

В рамках проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», начавшегося летом 2009 года и нацеленного на приоритетные направления стратегического плана Министерства здравоохранения на 2009–2011 гг., Министерство использовало некоторые методы и инструменты ВОЗ для обзора и оценки ситуации по здоровью матери и ребенка в Казахстане за период 1999–2008 гг. Министерством был подготовлен отчет с анализом существующей политики и стратегий по репродуктивному и детскому здоровью в Казахстане (включая материнскую и младенческую/до пяти лет смертность), и функционированию системы здравоохранения – в т.ч. ресурсов, финансирования и оказания услуг – в сфере охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР). Этот отчет был важен для выявления препятствий и определения дальнейших шагов к действию.

Отчет был вынесен на обсуждение на первом совещании для заинтересованных лиц, ответственных за развитие национальной стратегии ОЗМиР, в начале работы проекта в августе 2009 года. Участниками совещания были представители правительства (включая вице-министра здравоохранения, директоров департаментов и структурных подразделений, ответственных за стратегическое развитие, организацию медицинской помощи и контроль качества), международные и государственные организации, неправительственные организации, профессиональные ассоциации и национальные исследовательские институты, работающие в сфере ОЗМиР.

Одним из решений, принятых в рамках совещания, было создание рабочих групп для разработки полномасштабной стратегии ОЗМиР. В рабочую группу должны были войти представители сектора здравоохранения на национальном и региональном уровнях, а также представители других соответствующих секторов. Также, в деятельность группы должны были быть вовлечены международные организации-партнеры и неправительственные организации.

Зимой 2010 года, основываясь на стратегическом плане на 2009–2011 гг., Министерство здравоохранения находилось в процессе разработки Государственной Программы по развитию здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. В поддержку данного

процесса, ВОЗ организовала серию встреч с партнерами в рамках работы по сектору здравоохранения, такими как, Администрация Президента Республики Казахстан, Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике, министерствами образования, труда и социальной защиты населения, внутренних дел, охраны окружающей среды, экономики и бюджетного планирования, а также с международными организациями, работающими в сфере ОЗМиР в Казахстане.

Завершая данный процесс, Министерство здравоохранения и ВОЗ провели совместный «круглый стол» по развитию межсекторального и межведомственного сотрудничества в сфере охраны здоровья матери и ребенка в соответствии с приоритетами Государственной программы по развитию здравоохранения РК на 2011–2015 гг. Все заинтересованные государственные учреждения и ведомства, а также международные организации приняли активное участие в работе «круглого стола».

После проведения «круглого стола» по укреплению межсекторального сотрудничества, оставались короткие сроки для завершения работы над госпрограммой. В новую Государственную Программу были включены приоритетные сферы стратегии и конкретные шаги по улучшению доступа к качественной медицинской помощи матерям и детям, которые внедрялись в рамках проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане».

На данный момент, все еще нерешенной задачей является обеспечение надлежащего внедрения Государственной Программы, и включение вопросов материнского и детского здоровья в стратегии и соответствующие государственные программы других секторов, таких как, образование, транспорт и социальный сектор. Государственная и региональная политика по социально-экономическому развитию и улучшению здоровья и демографической ситуации необходимы, если целью является достижение равенства в распределении услуг материнского и детского здоровья в Казахстане.

Vivian Barnekow

и. о. Менеджера программы Здоровье и развитие детей и подростков,

Отделение неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейское региональное бюро ВОЗ

vbr@euro.who.int



С 1 июля 2009 года Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения внедряет двухгодичный проект «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане». Данный проект выполняется совместно с Министерством здравоохранения при финансовой поддержке Европейского Союза. Проект нацелен на улучшение доступа матерей, новорожденных и детей первых пяти лет жизни к качественным медицинским услугам посредством внедрения стратегий ВОЗ Обеспечение безопасной беременности и Интегрированное ведение болезней детского возраста.

Сотрудничество Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) и Министерства здравоохранения Казахстана (МЗ РК) характеризуется как плодотворное, с многообещающими и измеримыми результатами, оказывающими положительное воздействие на систему здравоохранения. На протяжении более десяти лет ЕРБ ВОЗ оказывает техническую помощь Казахстану в рамках совместного среднего и краткосрочного стратегического плана сотрудничества. При этом, охрана здоровья матери и ребенка всегда являлась приоритетным направлением и одним из основных индикаторов социально-экономического развития страны.

Казахстан принял обязательства по достижению Целей развития тысячелетия (ЦРТ) к 2015 году, в частности, по сокращению на две трети смертности среди детей в возрасте до 5 лет (ЦРТ 4) и сокращению на три четверти коэффициента материнской смертности (ЦРТ 5). Несмотря на это, среди стран Европейского региона ВОЗ Казахстан характеризуется как страна с относительно высокими показателями материнской, младенческой и детской смертности. Кроме того, имеют место различия между городским и сельским, богатыми и бедными слоями населе-

ния, а также между регионами с самыми высокими показателями смертности на юге и западе страны. При этом, преобладающее большинство случаев не требует какого-либо дорогостоящего ухода или высокотехнологичной медицинской помощи, и могут быть предотвращены возможностями существующей системы здравоохранения при условии повышения качества медицинских услуг, оказываемых в организациях первичного и вторичного уровня.

За последние годы Казахстан вышел на новый уровень развития: от пилотного внедрения инициатив ВОЗ до их институционализации и интегрирования в систему здравоохранения. Начиная с 2009 года, подготовка к внедрению на национальном уровне стратегий ВОЗ – Обеспечение безопасной беременности и Интегрированное ведение болезней детского возраста – проводится при технической поддержке проекта ЕРБ ВОЗ и ЕС «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане». Данный проект^[1] выполняется Министерством здравоохранения Казахстана и ЕРБ ВОЗ при финансовой поддержке Европейского Союза. Основной целью проекта является улучшение здоровья матерей и детей, а также оказание поддержки правительству Казахстана в достижении Целей развития тысячелетия 4 и 5.

Устойчивость результатов проекта поддерживается Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, в рамках которой разработана и принята стратегия охраны здоровья матери и ребенка и соответствующий план мероприятий, с выделением финансирования на национальном уровне.

Контекст

Проект был разработан для решения проблем в области охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР), обуславливающих показатели материнской и младенческой смертности, указанных в ЦРТ. Среди проблем ОЗМиР, в частности, можно выделить следующие: устаревшее клиническое ведение основных акушерских, неонатальных и педиатрических состояний и заболеваний и их профилактика; нерациональное использование существующих ресурсов из-за слабого менеджмента в организации и обеспечении медицинских услуг (как на уровне учреждения, так и на уровне системы здравоохранения);

[1] Здесь и далее имеется в виду проект «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане».

низкая осведомленность общества и слабое вовлечение семей и местных сообществ в решении проблем ОЗМиР.

Для решения указанных проблем, ВОЗ определил следующие приоритетные направления деятельности проекта:

- 1) Оказать поддержку МЗ РК в разработке и реализации комплексной стратегии/программы в области охраны здоровья матери и ребенка в рамках Государственной Программы развития здравоохранения на период 2011-2015 гг.;
- 2) Улучшить качество и преемственность медицинской помощи матерям, новорожденным и детям первых пяти лет, оказываемых на первичном и вторичном уровнях здравоохранения;
- 3) Укрепить существующее партнерство и вовлечение семей и сообществ в улучшении ОЗМиР;
- 4) Усилить знания, навыки, и тем самым способствовать изменению практики медицинских работников в области ОЗМиР.

ВОЗ и Министерство здравоохранения совместно приняли решение о внедрении проекта в трех пилотных регионах южной, западной и центральной частей страны. Южно-Казахстанская, Актюбинская и Карагандинская области являются самостоятельными территориально-административными единицами, и соответственно, могут служить в качестве модели для распространения полученного опыта в масштабах страны. Ввиду ограниченности фондов, внедрение проекта проводилось только в трех областях. Таким образом, критериями отбора были: региональная потребность в укреплении системы здравоохранения, предыдущий успешный опыт внедрения программ ВОЗ с учетом условий, определяющих эффективность проекта, таких как намерение, готовность и потенциал регионов служить в качестве пилотных объектов проекта.

Координация проекта была обеспечена созданной технической группой для мониторинга проекта (ТГМ) на национальном уровне и тремя региональными рабочими группами на местном уровне. ТГМ, состоящая из многопрофильной команды международных и местных экспертов, проводила регулярные выезды в пилотные регионы. Данный подход способствовал укреплению потенциала национальных экспертов, и интегрировал практику внешней экспертной оценки коллегами из пилотных регионов для обеспечения качества медицинских услуг.

В свою очередь, мониторинг и ко-



**Assel
Mussa-
galieva**



**Melita
Vujnovic**



**Vivian
Barnekow**



**Alberta
Bacci**



**Aigul
Kuttumu-
ratova**

ординация на региональном уровне сделали акцент на главенствующей роли областных управлений здравоохранения, тем самым, обеспечив право собственности и устойчивые результаты внедрения проекта. Так, например, в каждой из областей были назначены региональные координаторы программ «Обеспечение безопасной беременности» и «Интегрированное ведение болезней детского возраста» за счет средств местного бюджета. Успешная работа региональных координаторов позволила Министерству здравоохранения распространить полученный успешный опыт в других регионах.

Методика работы на горизонтальном и вертикальном уровнях - с лицами, принимающими решение, с одной стороны, и медицинскими работниками, местным сообществом, с другой - дала хорошие результаты. Для достижения четырех ожидаемых результатов проекта, был разработан План мероприятий по оказанию технической помощи МЗ РК в следующих направлениях:

- 1) **разработка стратегического документа** для продвижения процесса разработки и внедрения национальной программы и плана действий по улучшению службы ОЗМиР;
- 2) **разработка и внедрение основного пакета инструментов** для оценки и улучшения качества медицинской помощи, и вовлечения местных профессионалов и лиц, принимающих решение, в их адаптации и внедрении;
- 3) **улучшение знаний и навыков медицинских работников** в качестве одного из ключевых индикаторов качества медицинской помощи;
- 4) **предоставление информации и инструментов** по работе с населением для улучшения поведенческих навыков по охране, поддержке и поощрению здоровья в целевых группах.

Достижения

В ходе двухгодичного внедрения проекта были достигнуты значительные результаты.

В частности, был разработан с использованием подходов и инструментов ВОЗ долгосрочный стратегический документ и план действий по улучшению службы ОЗМиР, утвержденный Правительством Казахстана как часть Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

Система эффективного направления беременных женщин и новорожденных в соответствии с риском

течения беременности и родов (регионализация перинатальной помощи), была представлена и успешно внедрена в трех пилотных областях проекта. Результаты и положительный опыт регионализации были обобщены и распространены на национальном уровне.

Проектом был подготовлен национальный реестр тренеров-преподавателей. Разработана национальная стратегия по проведению каскадных тренингов для обучения в регионах на курсах «Эффективный перинатальный уход и помощь» и «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ). Данная стратегия была успешно протестирована в пилотных областях проекта и в настоящее время внедряется во всех 16 регионах страны. Для укрепления регионального потенциала, используется подготовленный реестр преподавателей, состоящий из 25 национальных и 57 региональных тренеров. Также, подготовлен и распространен адаптированный к условиям Казахстана обучающий пакет ИКАТ (компьютеризированная учебная программа курса ИВБДВ) для первичного звена здравоохранения.

Подход и инструменты ВОЗ по мониторингу и оценке качества медицинской помощи на уровне акушерских и педиатрических стационаров (в 20 стационарах) и система поддерживающей курации были представлены и прошли тестирование в пилотных областях с дальнейшей подготовкой к использованию в стране.

Рекомендованный ВОЗ конфиденциальный аудит материнской смертности «Что кроется за цифрами» внедрен на национальном уровне, и анализ критических случаев акушерских осложнений внедрен в практику шести пилотных родовспомогательных учреждений. Первый национальный отчет конфиденциального анализа случаев материнской смертности за 2009-2010 годы готовится к публикации.

Основные клинические протоколы (девять акушерских и семь неонатологических) были разработаны и утверждены для развития и внедрения основных клинических руководств в области ОЗМиР.

Проектом была инициирована и проведена работа по внедрению методологии ВОЗ по работе с населением («Работа с отдельными лицами, семьями и местными сообществами в целях улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных») на уровне района Южно-Казахстанской области. В результате проведенной работы будет разработан совместный план действий района по снижению материнской и

младенческой смертности и улучшению здоровья матерей и детей, при активном участии местного сообщества, медицинских работников и местной администрации.

Выводы

Проект ЕРБ ВОЗ и МЗ РК внес существенный вклад в улучшение качества медицинской помощи, оказываемой матерям и детям. Проект заложил основу и создал благоприятные условия в стране для поддержки и обеспечения финансовыми и кадровыми ресурсами внедрение стратегий ВОЗ. Мы надеемся, что его лучший опыт будет распространяться в масштабах страны, и его устойчивые результаты и право обладания ими принесут пользу Казахстану на долгие годы.

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане gaa@euro.who.int

Assel Mussagalieva

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане asm@euro.who.int

Melita Vujnovic

и.о. Главы Странового офиса ВОЗ в Казахстане mev@euro.who.int

Vivian Barnekow

и.о. Менеджера программы Здоровье и развитие детей и подростков, Отделение неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейское региональное бюро ВОЗ vbr@euro.who.int

Alberta Bacci

Региональный координатор стратегии «Обеспечение безопасной беременности», Европейское региональное бюро ВОЗ

Aigul Kuttumuratova

Региональный координатор стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста», Европейское региональное бюро ВОЗ aku@euro.who.int

ПАРТНЕРСТВО ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ УСПЕХА: РОЛЬ ВОЗ И МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЛУЧШЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ



Gaukhar
Abuova

В 2011 году Казахстан начал внедрение стратегии ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности» (ОББ) на национальном уровне с целью улучшения здоровья матерей и новорожденных. Устойчивость внедрения подходов ОББ обеспечивается за счет включения данного компонента в Государственную программу развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, поддерживаемую Правительством Казахстана. Данная статья обсуждает позитивные изменения в системе, достигнутые усилиями менеджеров здравоохранения при технической поддержке ВОЗ.

Обзор внедрения стратегии ОББ

За последние десять лет Казахстан прошел стадии внедрения стратегии ОББ от пилотирования до внедрения на национальном уровне. Полученные положительные результаты, описанные в других статьях данного выпуска *Entre Nous*, были достигнуты благодаря политической воле, международной технической помощи, улучшенному менеджменту и увеличению финансирования в системе здравоохранения.

Этапы и подходы внедрения ОББ в Казахстане

Подход к внедрению стратегии безопасного материнства в Казахстане можно условно разделить на три этапа, последний из которых начинается в 2011 году.

Этап 1: Введение (2002-2005 годы)

Достижениями первого этапа являлись:

- Обучение критической массы медицинских работников «новым» подходам
- Политическая поддержка пилотного внедрения
- Первый положительный опыт на уровне медицинского учреждения (родильный дом города Жезказган)
- Техническая поддержка Проекта ЮСАИД/ЗдравПлюс.

Для обеспечения стратегического руководства, два ведущих перинатальных центра страны были вовлечены в процесс внедрения. В тоже время, при технической поддержке ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ЮСАИД/ЗдравПлюс был начат обучающий курс «Эффективный перинатальный уход и помощь» в выборочных родовспомогательных организациях Карагандинской, Кызылординской, Южно-Казахстанской областей и городов Семей и Алматы.

Этап 2: Раннее внедрение (2006-2010 годы)

Основываясь на опыте и извлечен-

ных уроках, было решено на следующем этапе провести пилотную модель внедрения не только на уровне учреждения, но и в масштабе области, в качестве самостоятельной административно-территориальной единицы. В 2006 году Южно-Казахстанская область при поддержке Министерства здравоохранения (МЗ РК) и международных организаций (ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ) инициировала совместную программу для улучшения здоровья матери и ребенка в соответствии со стратегиями ВОЗ. Внедрение программы было успешно продолжено на протяжении последующих лет при финансовой поддержке агентств-партнеров и технической поддержке ВОЗ. Это включало в себя обучающий пакет инструментов по эффективным перинатальным технологиям, конфиденциальный аудит материнской смертности и заболеваемости на основе методологии ВОЗ «Что кроется за цифрами», и разработку и мониторинг перинатальной регионализации.

Успешный региональный опыт послужил отправной точкой в разработке Национальной отраслевой программы по снижению материнской и младенческой смертности на 2008-2010 годы, утвержденной Премьер-министром РК.

Этап 3: Расширение (2011-2015 годы)

Подготовка к расширению внедрения стратегии в масштабах страны была начата в рамках двухгодичного совместного проекта Европейского регионального бюро ВОЗ и МЗ РК «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», при финансовой поддержке Европейского Союза (ЕС). Проект внес вклад в разработку Государственной Программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы, обеспечив финансирование для усиления внедрения ОББ в трех пилотных регионах и для распространения внедрения на национальном уровне.

Предпосылки к успеху

Политическая воля и приверженность к снижению материнской и младенческой смертности в Казахстане достаточно высока, к тому же в стране существует необходимость в технической помощи. Казахстан располагает необходимыми ресурсами для достижения поставленной цели, при условии их рационального использования. В соответствии с этим, ВОЗ обеспечил техническую поддержку, основываясь на анализе существующей ситуации и принимая во внимание потребности страны на каждом этапе внедрения. Основными ключевыми компонента-

ми, повлиявшими на успех внедрения, являлись:

- 1) *Лоббирование интересов* на всех уровнях, включая Министерство здравоохранения, областные управления здравоохранения, руководителей медицинских организаций и медицинских работников службы ОЗМиР: ситуационный анализ факторов, определяющих материнскую и младенческую смертность послужил основой совещаний для менеджеров здравоохранения, а положительный опыт внедрения в Южно-Казахстанской области был представлен вниманию руководителей государственных органов и медицинских организаций страны;
- 2) *Усиление регионального потенциала*: техническая помощь областям в разработке и внедрении собственных программ и планов мероприятий, включающих: стратегию проведения каскадных тренингов, внедрение внутреннего механизма повышения качества медицинских услуг на уровне медицинской организации, поддерживающую курацию и внешнюю оценку работы учреждения с соблюдением принципа «равный равному», проведение регионализации перинатальной помощи;
- 3) *Обеспечение долгосрочной устойчивости и институционализации процесса*: внедрение стратегии ОББ включено в государственную и региональные программы развития здравоохранения, и ее внедрение предусмотрено за счет фондов страны.
- 4) *Положительный пилотный опыт регионального внедрения* (Южно-Казахстанская и Карагандинская области) позволил использовать полученный опыт в качестве модели для других регионов. Более того, ключевые специалисты пилотных областей используются МЗ РК в качестве ресурса для внедрения новой практики и обмена опытом в других регионах, в частности, для тех, кто впервые начинает внедрение стратегий ВОЗ.

Изменение менталитета: взгляд со стороны менеджеров здравоохранения

Во время недавнего совещания группы медицинских работников из различных регионов Казахстана попросили обсудить и определить, что для них послужило движущей силой для изменения практики. Участники отметили важность проводимых тренингов, которые помогают разрабатывать новое видение и навыки; ключевую роль



**Assel
Mussa-
galiyeva**



**Zhuma-
gali
Ismailov**



**Kairzhan
Mabiyeu**



**Askhat
Balykov**



**Alberta
Bacci**

технической поддержки ВОЗ; примеры успешного внедрения в других странах (например, Литвы), и мотивацию пилотных регионов в достижении результатов, приводящих, в конечном итоге, к здоровой конкуренции между ними. Все были едины во мнении, что сильная поддержка со стороны Министерства здравоохранения, наряду с увеличением финансирования системы здравоохранения, явились ключевыми факторами успеха. В то же время участники отметили, что без желания и мотивации менеджеров здравоохранения и медицинских работников на местах не было бы возможно полностью достичь успеха, и тем более обеспечить его устойчивость в долгосрочной перспективе. Ниже приводим цитаты из высказываний менеджеров здравоохранения.

Когда в 1988 году я стала руководителем акушерской службы Карагандинской области, во всех родильных домах существовала практика оказания помощи беременным, роженицам и новорожденным, не ориентированная на семью. Родильные залы напоминали операционные, соблюдалась строгая стерильность, женщинам в родах запрещалось свободное положение, рекомендовался только постельный режим, применялась масса медикаментов даже при естественных родах. Родившегося ребенка сразу же забирали в детское отделение. Матери разлучались с детьми, находясь в отдельных палатах, и могли видеть детей и общаться с ними только во время кормления и через определенное время, каждые 3-4 часа днем, ночью детей кормили медицинские сестры молоком (смесью) из бутылочки с соской. Нам все это казалось нормальным и неизменным. При этом, была высокая материнская смертность, каждый год в родильных домах умирали около десятка женщин и очень много детей. В 2000 году я впервые узнала о существовании новых технологий и программе ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности».

Кардинальные изменения в практике учреждений, такие как (наряду с другими) услуги, ориентированные на нужды пациентов; усиление роли среднего медицинского персонала и делегирование ответственности акушеркам и медицинским сестрам; акцент не только на лечении, но и на уходе; абсолютно новые подходы в предупреждении нозокомиальной инфекции на уровне учреждения - вначале удивили и даже шокировали менеджеров здравоохранения. Они должны были понять и принять значительные изменения, включающие принципы доказательной медицины, и, в соответствии с этим,

изменения в клинической практике, организации и менеджменте учреждения.

У нас появился интерес узнать больше об этих программах, поэтому областное управление здравоохранения обратилось к представителю ВОЗ в Казахстане с просьбой оказать помощь и направить к нам экспертов ВОЗ. Вот тогда мы впервые познакомились с международным консультантом ВОЗ д-ром Гельмсом Шюпишинскас. Он приехал в Караганду и посетил самый крупный родильный дом, где каждый год принимали около 5000 родов. Мы были удивлены и не понимали, почему он стал разговаривать с беременными, которые находились в палатах и лечились по поводу различных осложнений. Он спрашивал их: «Знают ли они, с какими заболеваниями лечатся, какое лечение получают». В свою очередь, Гельмус не понимал, почему женщины не получают информацию о своем состоянии и лечении, почему их не могут посетить члены семьи. Все они общались через закрытое окно с родственниками, которые находились на улице и не имели право заходить в родильный дом. Мы считали, что посещения родственников представляют большую опасность и могут вызвать инфекцию у матерей и детей, а применение медикаментов для лечения отеков, предписание терапии при угрозе абортов и преждевременных родов и других методов лечения, позволит нам добиться хороших результатов.

Понимание пришло постепенно, когда стали очевидны положительные результаты и удовлетворение услугами со стороны пациентов и самих медицинских работников. Для внедрения стратегии ОББ был выбран наш родильный дом. Буквально через 3 года мы впервые ощутили реальные изменения, позволившие нам существенно снизить младенческую смертность и значительно уменьшить осложнения в родах и материнскую смертность. Как вспоминает директор родильного дома города Жезказгана Нурлан Бериков: *Чем больше я осознаю важность внедрения эффективных перинатальных технологий, тем больше я их поддерживаю как на профессиональном, так и на персональном уровне. Иногда я даже ловлю себя на мысли: как же мы работали раньше?*

Осознавая слабые стороны бывшей системы, менеджеры здравоохранения также отчетливо понимают значимость само-мотивации в улучшении профессиональных знаний и навыков. По словам Гуль Омаровой, акушер-гинеколога с двадцатилетним стажем работы в руководящих должностях

акушерской службы Карагандинской области:

Оглядываясь назад, мы должны признать, что материнская и перинатальная смертность всегда была у нас высокой – выше, чем сейчас. Но у нас не было ясного понимания, как преодолеть эту ситуацию. С введением безопасного материнства, мы, сопоставляя полученные результаты, поражаемся, как могут быть настолько эффективны малозатратные и своевременные интервенции. Безопасное материнство действительно изменило мою жизнь.

Стратегии по усилению потенциала помогли не только обучить, но также сделать союзниками менеджеров здравоохранения. Успех во многом зависит от желания измениться, а также от личной и профессиональной приверженности менеджеров решать проблемы пациентов, медицинских работников и учреждений здравоохранения.

Прогноз менеджеров оптимистичен: *«Где есть желание, есть путь!»*

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане gaa@euro.who.int

Assel Mussagaliyeva

Национальный координатор ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане assel.m@mail.ru

Zhumagali Ismailov

Начальник управления здравоохранения Южно-Казахстанской области

Kairzhan Mabiyeu

Заместитель начальника управления здравоохранения Карагандинской области

Askhat Balykov

Начальник отдела охраны здоровья матери и ребенка, управления здравоохранения Актобинской области

Alberta Bacci

Региональный координатор Стратегии «Обеспечение безопасной беременности», Европейское региональное бюро ВОЗ

ЭФФЕКТИВНЫЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ УХОД И ПОМОЩЬ: ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ



Zoya An



Madina Maishina

Введение

В 2002 году Всемирная организация здравоохранения приступила к внедрению эффективных перинатальных технологий для улучшения помощи матерям и новорожденным в Казахстане, в рамках Стратегии ВОЗ «Обеспечению безопасной беременности» (ОББ). Данная инициатива включает в себя: базовый курс обучения по эффективному перинатальному уходу и помощи (ЭПУ), последующее наблюдение и усилительные курсы, оценка качества стационарной помощи, оказываемая матерям и новорожденным.

Учебный пакет ЭПУ был разработан Европейским региональным бюро ВОЗ и предназначен для акушерок, врачей акушеров/гинекологов, неонатологов и детских медсестер. Целью ЭПУ является улучшение качества и результатов ухода за матерями и новорожденными путем улучшения и обновления профессиональных и управленческих знаний, навыков и их применения на практике медицинскими работниками всех уровней родовспомогательных учреждений. Курс ЭПУ включает вопросы по основному акушерскому и неонатальному уходу, вопросы инфекционного контроля, и некоторые аспекты специализированной помощи, касающиеся таких состояний как, преэклампсия, послеродовое кровотечение, перинатальная асфиксия.

Курс проводится с применением мультидисциплинарного подхода, с использованием методики интерактивного обучения, групповой работы, пленарных сессий и проведением кураторской клинической практики. Обучающий курс ЭПУ проводится в течение 8 рабочих дней и включает 2 ключевых компонента – теоретическую и практическую части. В идеале, в течение 6 месяцев после окончания учебного курса, должен предусматриваться последующий визит для оценки достигнутого прогресса, укрепления навыков и проведения дополнительных практических занятий непосредственно на рабочих местах (в родовспомогательных учреждениях).

Разработка стратегии обучения

Казахстан прошел путь от пилотной модели обучения ЭПУ на рабочих местах до распространения достигнутого опыта в национальном масштабе за счет государственного финансирования. Следует отметить, что на начальном этапе была оказана техническая помощь международных организаций для проведения обучающих курсов ЭПУ на базе пилотных родильных домов. В дальнейшем, курс ЭПУ был введен в образовательную программу курсов усовершенствования медицинских работников. Дополнительно, с

целью повышения количества обученных медработников были организованы непрерывные курсы в регионах для обучения на рабочих местах.

В 2009-2010 гг. в рамках совместного проекта Европейского регионального бюро ВОЗ и Министерства здравоохранения РК «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», финансируемого Европейским Союзом, была разработана стратегия каскадного обучения на базе трех пилотных регионов: Актобе, Караганды и Южного Казахстана. Данная инициатива включала назначение координаторов ОББ на региональном, районном уровне и на уровне учреждения, а также проведение оценки потребностей в обучении и создание учебных центров в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

В дальнейшем, в каждом регионе были выбраны ключевые родильные дома, которые играли роль региональных учебных центров. Далее, группа международных и национальных экспертов провели обучение мультидисциплинарных команд медработников выбранных родильных домов. Практические навыки обученных медицинских работников были усилены в ходе последующих визитов международных экспертов. Кроме того, национальные эксперты проводили ежеквартальные визиты учреждений с целью проведения поддерживающего кураторства.

Работа по разработке стратегии обучения состоялась благодаря финансовой и политической поддержки со стороны Министерства здравоохранения РК (МЗ РК) и региональных департаментов здравоохранения. Достигнутый положительный опыт внедрения данной инициативы был использован МЗ РК для дальнейшего распространения результатов работы в масштабах всей страны в рамках Государственной Программы РК по развитию здравоохранения на 2011-2015 гг. «Саламатты Казахстан». В 2011 году, все 16 регионов Республики Казахстан будут оснащены учебными центрами ЭПУ с освобожденными координаторами ОББ на полной ставке, финансируемых за счет средств местного бюджета.

В мае 2011 года, МЗ РК назначило национального координатора ОББ. Был составлен список тренеров ЭПУ для дальнейшего обучения медицинских работников, в соответствии с существующими потребностями в обучении в стране. Критериями для присвоения квалификации тренера служили: (1) успешно завершение курса ЭПУ, (2) практическое применение знаний и навыков на рабочих местах, и (3) опыт работы ко-фасилитатором (помощником) международного тренера. В итоге, международные консультанты присвоили должную квалификацию 20 национальным и 19 региональным

мультидисциплинарным тренерам для дальнейшего оказания помощи в проведении каскадных тренингов на региональном уровне.

Оценка качества ухода за матерями и новорожденными

Оценка качества ухода (КУ) и последующее наблюдение проводилась в ноябре 2009 года и апреле 2011 года в региональных перинатальных центрах Актобе, Караганды и Южного Казахстана, а также в Национальном научном центре материнства и детства города Астаны. Оценка проводилась с применением методологии ВОЗ, основанного на стандартах помощи, разработанной на принципах доказательной медицины. Метод позволяет провести оценку, ориентированную на проведение мероприятий по всем основным направлениям и с учетом тех факторов, которые могут оказывать влияние на качество медицинской помощи и ухода, в том числе, инфраструктура, обеспечение и оснащение, организация услуг, и клиническое ведение случая. В фокусе данного метода находятся те области, которые оказывают самое значимое влияние на материнскую и младенческую смертность, тяжелую заболеваемость, и в целом, на благополучие матери и новорожденного.

Оценка КУ имела две основные цели: в первую очередь, эксперты оценили прогресс внедрения эффективных перинатальных технологий в учреждениях; во вторую очередь, эксперты установили основные этапы для дальнейшего улучшения качества медицинской помощи в родильных домах.

Результаты оценки

В результате оценки были отмечены значительные улучшения качества оказываемой помощи матерям и новорожденным. При оценке использовалась следующая система подсчета баллов от 0 до 3: «3» - полное соответствие международным стандартам, «2» - «в основном» соответствие международным стандартам, «1» - «требуется значительное улучшение», и «0» - «не соответствие стандартам». Как показано на Рисунке 1, почти по всем направлениям были достигнуты положительные сдвиги, с видимым прогрессом в течение 18 месяцев после первой оценки КУ. В частности, отмечено улучшение по следующим направлениям:

- Демедикализация ухода за матерью и новорожденным, с отказом от ненужных лекарств и медицинских вмешательств,
- По сравнению с 2008 годом процент операций кесарево сечение под региональной анестезией увеличился в 2-3 раза. Так, операции кесарево сечение под местной или региональной



Gul Omarova



Meruyert Ermekova



Magripa Yembergenova



Narkul Boyedilova



Alberta Bacci

Рисунок 1 Оценка качества ухода за матерями и новорожденными: сравнительный анализ в 2009–2011 гг.



ной анестезией проводятся в 50% случаев в Актобе, в 80% - в Караганде и в 70% - в Южном Казахстане.

- Во всех случаях улучшилось ведение преждевременных родов с помощью применения кортикостероидов
- Отмечается позитивный сдвиг в пассивном ведении случая на третьем этапе периода ведения родов.

Другим положительным моментом является активное участие матерей в уходе за маловесными младенцами и больными новорожденными, в том числе, раннее начало кормления младенца сцеженным грудным молоком.

Кроме того, достигнуто внедрение на практике готовности к неотложному акушерскому уходу, а именно: внедрение стандартов ведения тяжелых акушерских кровотечений и эклампсии, обученные медработники, круглосуточные операции в отделении интенсивного ухода, а также наличие и доступ к основным лекарственным препаратам и компонентам крови.

Несмотря на отмеченный прогресс, все еще остаются проблемные участки, требующие незамедлительных действий. К ним относятся: инфекционный контроль в стационарах, ведение нормальных родов и акушерских кровотечений, и основной уход за новорожденными (включая терморегуляцию).

Существующий инфекционный контроль в стационарах все еще основывается на устаревших подходах при отсутствии его эффективности. Отмечается: свободное использование дезинфицирующих средств, постоянное закрытие родильных домов для «мочечных процедур», и наказание медработников за истинные статистические данные, которые показывают «плохие» данные, – что в свою очередь, приводит к манипуляции со статистическими данными. Как результат, инфекционный контроль является неэффективным. Например, показатель лапаротомий в связи с сепсисом после кесарева сечения находится на высоком уровне

(1 на 200-300 случаев), и показатели смертности среди новорожденных демонстрируют увеличивающуюся тенденцию поздней неонатальной смертности. Более того, отсутствует прямой контроль за назначением и использованием антибиотиков, а также отмечено, что ни один родильный дом, даже крупный, не имеет бактериологической лаборатории.

В отношении ведения клинических случаев на практике, все еще рутинно не выполняются такие простые и стандартные процедуры как, ведение партограммы, контроль за мытьем рук персонала и рутинное измерение температуры новорожденных. В то же время, сохраняющиеся широкие показания для индукции родов и кесарева сечения, являются одной из причин родовых осложнений. Озабоченность также вызывает не в полной мере отвечающий требованиям мониторинг основных показателей состояния недоношенных новорожденных при оказании интенсивной терапии.

Заключение

Внедрение в Казахстане перинатальных технологий, рекомендованных ВОЗ показало свою высокую эффективность. Подходы, разработанные ВОЗ для обучения, наблюдения, поддерживающего кураторства и оценки качества медицинской помощи помогают стране улучшить качество перинатальной помощи и ухода за матерями и новорожденными. Следующие усилия должны быть сосредоточены на: (а) пересмотре существующей системы инфекционного контроля на национальном уровне в соответствии с международными стандартами доказательной медицины; и (б) организации внутренней системы по улучшению качества медицинских услуг, таких как например аудит ВОЗ «Анализу угрожающих жизни акушерских осложнений – околопотерь» (описание в отдельной статье данного выпуска *Entre Nous*).

Источники

1. Piccoli M, Tamburlini G. *Tool for assessment of quality of care for mothers and newborn babies in hospitals*, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy (the WHO Collaborating Centre) and the WHO Regional Office for Europe, Making Pregnancy Safer, 2009.
2. Report on *WHO training activities in Effective Perinatal Care 2009-2010*, implemented within the project “Support for Maternal and Child Health in Kazakhstan”. Astana: 2010.

Zoya An

Национальный координатор ОББ, Национальный научный центр материнства и детства
zojaan2106@yandex.ru

Madina Maishina

Акушер-гинеколог родильного отделения, Национальный научный центр материнства и детства
Madinakzastana@gmail.com

Gul Omarova

Региональный координатор ОББ, Департамент здравоохранения Карагандинской области
gul-omarova@mail.ru

Meruyert Ermekova

Заведующая родильным отделением, Национальный научный центр материнства и детства

Magripa Yembergenova

Начальник, Управление охраны здоровья матери и ребенка, Министерство здравоохранения Республики Казахстан
m.embergenova@mz.gov.kz

Narkul Boyedinova

Неонатолог, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК, г. Алматы
boedinova_n@mail.ru

Alberta Bacci

Региональный координатор стратегии «Обеспечение безопасной беременности», Региональное Европейское бюро ВОЗ

ОПЫТ И ВЗГЛЯД ЖЕНЩИН КАЗАХСТАНА НА ИЗМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ВОЗ

В ноябре 2009 и апреле 2011 в рамках внедрения рекомендованных ВОЗ эффективных перинатальных технологий в Казахстане была проведена оценка качества медицинской помощи матерям и новорожденным в Республике Казахстан. Оценка охватила ключевые родовспомогательные учреждения пилотных регионов в рамках проекта Европейского регионального бюро ВОЗ «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», при финансовой помощи Европейского Союза. Методом оценки служил инструмент, разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ для внедрения стратегии «Охрана безопасной беременности - Метод оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным». Один из компонентов данной оценки включал опрос психологов для изучения дружественных семье медицинских услуг. Описание результатов проведенного опроса представлено вашему вниманию в данной статье.

В Казахстане, как и во многих странах мира, основной процент родов происходит в стационарных лечебных учреждениях, что, несомненно, позволяет значительно улучшить эффективность ведения осложнений во время родов. Однако, именно стационарные условия привели к тому, что роды стали обычным клиническим явлением, при котором основное внимание уделяется техническим аспектам, нежели психологическому благополучию матери и ребенка. В результате обязательного медицинского наблюдения беременная женщина автоматически приобретает статус «пациентки» как только она переступает порог родильного дома, при этом, утрачивая право на выражение своих собственных эмоций и отношения во время подготовки к родам и в процессе родов. Процесс рождения ребёнка носит оторванный от социального окружения характер. Отмечается отношение к младенцу как к существу, обладающему лишь физическими потребностями, и как результат, ослабление материнского инстинкта и психо-эмоциональной связи отца с ребёнком.

Поэтому, фокусом современного здравоохранения является удовлетворение психо-эмоциональных потребностей матери, отца и новорожденного. Обязательным условием качества медицинского ухода является подготовка и поддержка семьи, участие их в принятии решений, создание дружественной обстановки в родах и условий для совместного пребывания матери и ребенка, с обеспечением раннего начала грудного вскармливания и установления тесной взаимосвязи между ними.

В ноябре 2009 и апреле 2011 года была проведена оценка качества медицинской помощи матерям и новорожденным в четырех ключевых родовспомогательных учреждениях пилотных регионов проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане». Оценка проводилась в Нацио-

нальном научном центре материнства и детства, перинатальных центрах Карагандинской, Актюбинской и Южно-Казахстанской областей. В рамках данной комплексной оценки наряду с ведением физиологических и осложненных родов в условиях акушерского стационара, были рассмотрены вопросы демедикизации, эмпатии и психологической поддержки матери во время родов.

Исследование проводилось с помощью интервью женщин и медицинских работников двумя профессиональными психологами, имеющими опыт работы в родовспомогательных организациях страны в составе мультидисциплинарной группы экспертов, включающей врачей акушер-гинекологов, неонатологов, а также акушерок. Всего было охвачено 25 медицинских работников и с целью объективного сравнения 60 женщин, роды которых проходили несколько лет назад или недавно.

По результатам данного исследования можно сделать заключение о том, что внедрение эффективных перинатальных технологий, рекомендованных ВОЗ, полностью и положительно принимается, внедряется и поддерживается матерями. По словам матерей, предложенный «революционный подход» к ведению родов изменил весь процесс к лучшему и позволил им почувствовать себя счастливее. Более того, новый метод положительно повлиял на медицинских работников и изменил их образ мышления.

Ниже описана личная история женщины, рассказанная психологу спустя несколько дней после родов. Женщина приводит в сравнение свой предыдущий опыт после трех родов в разные годы и рада видеть положительные изменения в данном процессе.



Anastassiya
Dyadchuk



Gaukhar
Abuova



Anvar
Abzullin

Рассказ женщины:

«Мои первые роды проходили 9 лет назад (в 2002 году), вторые роды - 4 года назад (в 2007 году), третьи - несколько дней назад (в 2011 году) в стенах этого родильного дома. Я чувствую себя прекрасно, и то, как я рожала в этот раз, привело меня в полный восторг. Мои впечатления от этих родов можно описать как приятный шок и удивление, с последующей радостью и восхищением, как говорят: «я была на седьмом небе от счастья». Много чего поменялось, персонал стал более приветливый, дружелюбный, вежливый и разговорчивый, а самое главное, мне разрешили рожать в присутствии сестры в качестве партнера в родах.

Если вспоминать мои прежние роды, то мне приходилось коротать время с болью и муками наедине. На сегодняшний день, кроме того, что рядом был родной человек, акушерка очень часто заходила в палату, слушала, как бьётся сердце моего малыша. На этот раз, врач осматривал меня не так часто, два или три раза за всё время моего пребывания здесь, примерно в течение 8 – 9 часов. Мне сообщили, что у меня всё хорошо и нет необходимости делать уколы.

Когда я рожала несколько лет назад, мне ничего не объясняли, просто поставили капельницу и строго сказали – лежать. Кстати, мои последние роды были дольше, чем прошлые, но мне даже понравилось ощущать, как ты становишься мамой, и как твой ребёнок появляется на свет. Это прекрасно!

О родах мне рассказали на курсах, на которые мне предложили пойти, когда я лежала в отделении патологии на сохранении. Я сначала стеснялась, ведь уже третий раз рожать собиралась, да и лет мне не мало - уже 38. А теперь благодарна врачу, который меня отправил на эти курсы, я как будто глаза открыла, дышать научилась, массаж делать, на мячике сидеть. Правда я боялась, что мне ничего это не пригодится. В голове были воспоминания о прежних родах, а оказалось, всё иначе, много чего пригодилось. Но больше всего

мне понравилось, что я рожала на кровати, и каково было моё удивление, что доктор сказал, если хочешь, тужься, если не хочешь, то не надо. Вначале мне было немного страшно следовать этим рекомендациям, так как в предыдущих родах я тужилась строго по команде доктора, но медицинский персонал, который находился со мной на этот раз, помогал и поддерживал меня. Они мне всё подробно объясняли. Сначала я лежала на боку, но постоянно немела нога, и мне предложили лечь на спину и приподнять верхнюю часть тела, и получилось, что я сижу. Сзади сидела моя сестра и поддерживала мне спину. Очень удобно, я в восторге, хотя бы ещё и потому, что в этот раз у меня не было ни одного разрыва, даже трещинки. Ничего не мешало, ни системы, ни громкие голоса. Всё тихо, спокойно, как только ребёнок родился, его сразу положили мне на живот. Это просто счастье, понимать, что ты это сделала, понимать, что твой малыш здоров и это моя заслуга. Спасибо всем, кто был рядом в этот момент, подсказывал и поддерживал. И потом, когда нас перевели в послеродовую палату, сын постоянно был рядом. Мне показалось, что это вовсе не трудно сразу ухаживать за своим малышом, кормить его, когда он захочет, наблюдать за ним, одевать, это даже интересно. Я счастлива. Может это и не правильно, но я только в эти роды я почувствовала себя настоящей мамой, женщиной, которая физически способна рожать и которой даровано высшее счастье – давать новую жизнь».

Anastassiya Dyadchuk

Психолог,
Перинатальный центр
города Алматы,
amarilis.me@mail.ru

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка,
Страновой офис ВОЗ в Казахстане
gaa@euro.who.int

Anvar Abzullin

Психотерапевт,
Национальный научный центр материнства и детства
abzullin@gmail.com

Источники

1. Making Pregnancy Safer – Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies, WHO Regional Office for Europe, 2009 – available in Eng and Rus - <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies>

РЕГИОНАЛИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ



Gelmius Šiupšinskas

В течение 1970-х годов в попытке улучшить результат исходов беременности повышенного риска ряд стран (США, Канада, Великобритания) стали регионализировать перинатальную помощь. Идея была сформулирована в докладе «Об улучшении исходов беременности» в 1976 году. Главной целью регионализованной перинатальной помощи является снижение различий в исходах, относимых на счет географического положения (1).

Регионализация – международный опыт

В 1990-е гг. Франция начала регионализацию, которая получила официальный статус в 1998 году. При этом, помощь I-го уровня применялась обычно к нормальным родам, II-го уровня – к незначительным акушерским осложнениям и преждевременным родам > 32 недель, а III-го уровня – к серьезным проблемам беременности и родов, которые требуют специализированную медицинскую помощь и преждевременным родам < 32 недель. Роддома должны были подписать соглашения с родильными отделениями III-го уровня и организовать перевод в эти отделения (2).

Целью регионализованной перинатальной помощи была максимальная концентрация новорожденных с весом <1500 г в перинатальных центрах. Этим новорожденных называют детьми с очень низкой массой тела при рождении (НМТР), и имеются доказательства, что рождение значительного числа таких пациентов (>50 в год) в специализированном учреждении связано со снижением неонатальной смер-

тности. Смертность среди младенцев весом <1000 г увеличивается по мере снижения уровня больниц (3,4).

Считается общепринятым, что недоношенные дети должны появляться на свет в родильных домах, где имеются неонатальные отделения, которые могут в полной мере предоставить услуги интенсивной терапии (ИТ). Американская академия педиатрии рекомендует, чтобы роды, которые начинаются ранее 32 недели беременности, происходили в таких специализированных отделениях, и большинство европейских стран приняли законы или издали рекомендации, в основе которых лежит это условие. Единый подход к определению уровней помощи имеет значительные преимущества: стандартные определения помогут сравнивать учреждения по исходу лечения, использованию ресурсов и стоимости. Также они соответствуют развитию и внедрению соответствующих стандартов услуг, предлагаемых на каждом уровне помощи (5).

Многие, но не все, страны Европы четко обозначили уровни помощи, что позволяет определять специализированные родильные отделения для рождения детей группы повышенного риска. Большинство этих стран обладает данными о месте рождения ребенка. С другой стороны, до конца 2003 года в США 15 штатов и округ Колумбия не имели официальных определений уровней перинатальной помощи (5,6).

Доля недоношенных детей, рожденных в родильных учреждениях с ИТ с недавнего времени считается показателем качества при сравнении пе-

ринатальных систем Европы. Однако имеются разногласия в определении оптимальной величины перинатальных отделений и рабочей нагрузки для достижения лучших результатов лечения недоношенных детей. Согласно некоторым исследованиям, лучшие результаты показывают большие, высокоспециализированные отделения. По некоторым исследованиям, однако, рождение и госпитализация в маленьких отделениях имеют схожие результаты по ведению недоношенных детей, что указывая на тот факт, что концентрация детей с НМТР (число пациентов в неонатальном отделении ИТ) важно, но для достижения улучшения результатов роль играют и другие факторы (3,4).

Лишь некоторые недоношенные дети нуждаются в интенсивной терапии. Они составляют в основном 0,7–1,4 % детей, родившихся до 30–32 недели беременности или весом >1500 г, нуждаются в специальном уходе, только до того как они переходят на оральное питание и достигают такого развития, что могут быть без риска выписаны. Часто мать ребенка оказывает основной уход. Интенсивная терапия для таких новорожденных является дорогостоящей, требующей привлечения квалифицированной команды разнопрофильных специалистов, дорогостоящего оборудования и условий. Подобные ресурсы ограничены. Неонатальные отделения могут иметь подразделения для того, чтобы позволить матерям оставаться с детьми, особенно в период становления кормления грудью.

Рисунок 1. Показатели перинатальной и ранней неонатальной (до 7 дней) смертности в Казахстане и Южно-Казахстанской области (ЮКО)





**Audrius
Mačiule-
vičius**



**Inna
Glazeb-
naya**



**Magripa
Yember-
genova**



**Gaukhar
Abuova**



**Alberta
Bacci**

Регионализация в Казахстане

В январе 2008 года Казахстан перешел на критерии живо- и мертворождения рекомендуемые ВОЗ на национальном уровне. Незадолго до этого, в декабре 2007 года, Министерство здравоохранения (МЗ РК) издало Приказ о регионализации перинатальной помощи в Казахстане. Однако реальный процесс регионализации не начался из-за значительных различий между регионами, системы транспортировки, не отвечающей современным требованиям, нехватки кадровых ресурсов и специфического оборудования, а также необозначенных механизмов экономического стимулирования в системе здравоохранения.

В феврале 2008 года Южно-Казахстанская область (ЮКО) стала первой в стране на пути к организации функциональной регионализации для адаптации национального Приказа МЗ РК и внедрения новой системы трехуровневой перинатальной помощи. Рабочая группа специалистов по разным дисциплинам, состоящая из местных и международных экспертов, при поддержке ВОЗ и ЮНФПА подготовила расчетные прогнозы по потокам пациентов специфичные для данного региона, определила конкретные критерии для направления и перенаправления беременных женщин и рожениц, а также определила, какое оборудование и медицинские кадры необходимы для учреждений, чтобы обеспечить предписанный уровень перинатальной помощи.

В условиях улучшения общей экономической ситуации в стране, а также значительных государственных инвестиций в сферу перинатальной помощи администрация и специалисты ЮКО предприняли второй фундаментальный шаг – регионализация неонатальной помощи, которая началась в марте 2010 года. В первую очередь, была достигнута немедленная транспортировка недоношенных и больных новорожденных в специализированные центры II-го уровня (недоношенные дети >32 недель и дети с незначительными проблемами или в состоянии не угрожающей жизни ребенка) и III-го уровня (<32 недель беременности и нуждающиеся в интенсивной терапии). Новорожденные с врожденными аномалиями направлялись непосредственно в областную детскую больницу для проведения необходимого оперативного лечения.

Так, в течение 6 месяцев 2010 года было транспортировано 213 новорожден-

ных. Из этого числа 93 пациента были переведены на III-ий уровень, почти половина из них – при искусственной вентиляции легких.

В то же время происходили и другие изменения. С 2006 года медицинские работники ЮКО начали внедрять в родовспомогательных учреждениях эффективные перинатальные технологии, основанные на принципах доказательной медицины и подходы ВОЗ, ориентированные на семью. Позднее при поддержке проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане на 2009–2011 гг.», финансируемого ЕС и внедряемого ВОЗ, было продолжено дальнейшее улучшение клинической практики посредством усилительных тренингов и внедрения механизмов непрерывного повышения качества медицинской помощи на уровне учреждения.

Ежегодно более чем 20 % из всех родов в Казахстане происходят в ЮКО – так, например, в 2010 году 76543 новорожденных родились в ЮКО из общего числа 372 092 родившихся детей в стране. Динамика показателей перинатальной смертности (рисунок 1) обнадеживает. Опираясь на опыт ЮКО, две другие области – Караганда (в 2010 г.) и Актюбинск (в 2011 г.) – начали создавать свою систему перинатальной регионализации.

Источники

1. Meuli RL et al. Regionalization of perinatal care. Public Health and Preventive Medicine. Wes J Med (1984) 141:695–97.
2. Zeitlin J et al. Risk factors for not delivering in a level III unit before 32 weeks of gestation: results from a population-based study in Paris and surrounding districts in 2003. Paediatr. Perin. Epid. (2008) 22(2):126–35.
3. Rogowski JA et al. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low-birth-weight infants. JAMA (2004) 291(2):202–9.
4. Roberts CL et al. Trends in place of birth for preterm infants in New South Wales, 1992–2001. J. Paediatr. Child Health (2004) 40:139–43.
5. American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Levels of neonatal care. Pediatrics. (2004); 114(5):1341–7
6. Van Reempts P et al. Characteristics of neonatal units that care for very preterm infants in Europe: Results from the MOSAIC Study. Pediatrics (2007) 120(4):815–25.
7. Zeitlin J, Mohangoo A. European perinatal health report: data from 2004 (2008).
8. Roger A et al. Outcomes of Regionalized

Perinatal Care in Washington State. West J Med. (1988) 149(1):98–102

9. Šiupšinskas G, Liubšys A. Perinatal care in Lithuania (1991–2004). “Entre Nous”: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health (2005) 60:28–9.

Gelmius Šiupšinskas

Акушер-гинеколог, международный консультант, Швейцария
s.gelmius@sunrise.ch

Audrius Mačiulevičius

Неонатолог,
Литовский университет наук здоровья

Inna Glazebnaya

Главный неонатолог Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области

Magripa Yembergenova

Начальник,
Управление охраны здоровья матери и ребенка,
Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка,
Страновой офис ВОЗ в Казахстане

Alberta Bacci

Региональный координатор стратегии «Обеспечение безопасной беременности»,
Европейское региональное бюро ВОЗ

Некоторые примеры успешного внедрения перинатальной регионализации

В 1971 году штат Вайоминг имел один из самых высоких показателей смертности среди младенцев в США, занимая 48 место из 51 рассматриваемых областей, включая 50 штатов и округ Колумбия. В 1980 году Вайоминг стал вторым в США в рейтинге низкой смертности среди младенцев (8).

Литва в начале регионализации перинатальной помощи в 1991 году имела показатель ранней неонатальной смертности равный 9,47 на 1000 живорождений (1992 г.). Спустя 11 лет (в 2003 году) он составлял 2,59/1000, при том, что приблизительно 70 % всех родов <32 недель происходило на III-ем уровне (9).

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ИТОГИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО АУДИТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Внедрение конфиденциального аудита материнской смертности в Республике Казахстан позволило по новому взглянуть на случаи материнской смертности и установить лежащие в основе причины. Несомненно, это является заслугой акушерского сообщества и медицинской общественности в целом.

В прошлом, официальное расследование случаев материнской смертности в Республике Казахстан не давало ощутимых результатов. Традиционная устаревшая система не позволяла установить всех нюансов летального исхода, и чаще всего, расследование завершалось вынесением наказания. Страх наказания приводил к замалчиванию истинных причин случившегося и фальсификации медицинской документации в целях защиты медицинского работника. Истинная причина гибели матери оставалась скрытой.

Таким образом, в Республике Казахстан назрела потребность в проведении конфиденциального профессионального аудита случаев материнской смертности на основе подходов ВОЗ «Что кроется за цифрами?» и опыта других стран. Прежде всего, следовало ответить на вопрос «почему это произошло?», а не пытаться выяснить «кто виноват?»

С начала работы Центральной комиссии конфиденциального аудита (ЦККА) по выявлению фактов, скрытых за данными официальной статистики, но оказывающих влияние на смертельный исход, члены ЦККА пришли к общему пониманию о необходимости внедрения нового подхода к проведению аудита с целью разработки соответствующих рекомендаций. В результате проведенной работы был опубликован полный отчет по конфиденциальному аудиту случаев материнской смертности в РК за 2009-2010 гг., который включал рекомендации для медицинских работников, руководителей учреждений и Министерства здравоохранения РК.

Результаты аудита

В результате совместной работы и при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан и меж-

дународных организаций, эксперты ЦККА проанализировали 57 случаев материнской смертности в результате кровотечений, 36 в связи с сепсисом, и 16 в связи с преэклампсией за период 2009-2010 гг. Дополнительно к медицинской документации, Комиссия изучила анонимные анкеты медицинского персонала, принимавшего участие в оказании медицинской помощи умершим матерям, и родственников погибших женщин.

В результате анализа было установлено, что на сегодняшний день основными причинами материнской смертности в РК являются прямые акушерские осложнения: кровотечение, гипертензивные состояния и акушерский сепсис. В связи с этим, основные усилия должны быть направлены на снижение данных осложнений. В 2009 году кровотечения являлись причиной 30,7% зарегистрированных случаев летальных исходов, сепсис – 19,9% случаев, гипертензивные состояния – 6,0% случаев. В 2010 году вклад кровотечений в структуру материнской смертности составил 29,0%, сепсиса – 17,2%, гипертензивных состояний – 11,8%.

Кровотечения

Кровотечения в родах занимают ведущее место в структуре материнской смертности и по данным конфиденциального аудита составляют почти одну треть общей материнской смертности в Республике.

Из 57 случаев кровотечений 26,4% имели место до начала родовой деятельности, 73,6% - в послеродовом периоде. Обращает внимание, что разрывы матки явились причиной летального исхода в 26,3% случаев. Аудит случаев материнской смертности в результате разрыва матки показал, что основными причинами данного осложнения явились: необоснованная индукция простагландинами и/или окситоцином, избыточная дозировка данных лекарственных средств и недооценка противопоказаний.

Среди женщин, умерших от акушерских кровотечений, каждая пятая имела кровотечение во время или/и после операции кесарева сечения. При этом отмечено, что в 40% случаев не проводился должный мониторинг за состоянием матки после вагинальных или хирургических родов. По данным анкетирования медицинских работников, одним из немаловажных дополнительных факторов являлась неточность при подсчете кровопотери в родах и

при операции кесарева сечения, что способствовало недооценке состояния женщины, задержке мероприятий по обеспечению гемостаза и неадекватному восполнению кровопотери.

Большинство женщин (за исключением 2-х случаев) получили переливание крови или её компонентов: в 22% случаев наблюдалось отсутствие крови и её компонентов.

В каждом четвертом случае летальных исходов от акушерских кровотечений выявлена неготовность медицинских учреждений к оказанию помощи в экстренных ситуациях.

Сепсис

Из 36 случаев гнойно-септических осложнений со смертельным исходом, 24 случая имели место в послеродовом периоде, 6 - после криминальных вмешательств, 6 - после самопроизвольного выкидыша.

Установлено, что имело место поздняя диагностика сепсиса в 61,2% случаев, задержка лечения в 41,7%, несоблюдение протоколов – в 36,1%, поздняя госпитализация – в 19,5% случаев.

Своевременная диагностика септических осложнений после операции кесарева сечения играет важную роль в операции. Она позволяет своевременно принять решение о радикальной операции – гистерэктомии – с целью улучшить исход для матери. Результаты анонимного анкетирования показали, что сами медицинские работники отмечают задержки по времени производства повторной операции и несогласованность действий между сотрудниками.

Среди факторов, влияющих на развитие акушерского сепсиса, обнаружена неспособность медработников правильно поставить клинический диагноз и несоблюдение протоколов лечения при преждевременном отхождении околоплодных вод на сроке гестации менее 34 недель. Это включает в себя необоснованную стимуляцию родовой деятельности, которая может привести к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Следующим звеном в этой цепи является необоснованное оперативное родоразрешение – кесарево сечение, которое осложняется в послеоперационном периоде развитием акушерского сепсиса.

Имеет место другая крайность - неоправданная выжидательная тактика на сроке гестации менее 26 недель в регионах, где выживаемость новорожденных с экстремально низкой массой тела в родах крайне низкая. Такая так-



**Gauri
Bapayeva**



**Zoya
An**



**Alberta
Bacci**

тика также способствует развитию сепсиса после родов.

Важное значение в акушерской практике играет консультирование родильниц по поводу возможных послеродовых осложнений. Были зарегистрированы факты непонимания и отсутствия поддержки со стороны семей с поздним обращением за медицинской помощью.

При анонимном анкетировании большинство медицинских работников отмечают отсутствие протоколов по септическим осложнениям после родов, после операции кесарева сечения, что значительно осложняет их работу.

Центральная комиссия конфиденциального аудита считает, что все случаи материнской смертности от сепсиса относились к числу «предотвратимых», так как были связаны с основными факторами ненадлежащего ухода, которые оказали существенное влияние на неблагоприятный результат.

К сожалению, в течение 2 изученных лет были зарегистрированы летальные исходы от криминальных абортот в Казахстане. Это свидетельствует о недостаточной информированности населения по вопросам планирования семьи, незнанию о доступности и анонимности безопасного аборта, что в ряде случаев приводит к сокрытию факта беременности и аборта женщинами, не состоящими в браке.

Гипертензивные состояния во время беременности

Среди изученных случаев гипертензии во время беременности в 10 (43,5%) случаях имела место ошибочная диагностика. Гипердиагностика состояния привела к необоснованной индукции родовой деятельности или абдоминальному родоразрешению, которые в дальнейшем осложнились кровотечением или септическим процессом.

Конфиденциальный аудит медицинской документации, анкет участников случая материнской смертности выявил проблемы медицинского характера:

1. Несоблюдение критериев диагностики преэклампсии, приводящее к необоснованной госпитализации, неправильному лечению, назначению множественных препаратов (полипрагмазия), массивной инфузионной терапии, необоснованной индукции родов, необоснованному оперативному родоразрешению. Как результат чрезмерных акушерских вмешательств наблюдалось

увеличение объема кровопотери и септических осложнений в послеродовом периоде.

2. Применение методов ведения и лечения преэклампсии, не имеющих доказательной базы их эффективности и безопасности. Например, необоснованная массивная инфузионно-трансфузионная терапия (кристаллоиды, растворы гидроксилированных крахмалов, свежемороженой плазмы, альбумина), в конечном итоге привели к гипергидратации - отеку мозга, отеку легких. Следует отметить, что при операции кесарева сечения преимущественным методом анестезии был ТВА+ИВЛ, что имеет высокий риск развития кровоизлияния в мозг и отека верхних дыхательных путей.

На основе полученных результатов аудита ЦККА классифицировала все случаи материнской смертности от преэклампсии, как относящиеся к «3 категории» – предотвратимые случаи.

Рекомендации

1. Снижение акушерских вмешательств: Следует пересмотреть клиническое ведение и профессиональное отношение к операции кесарева сечения и индукции родов, с участием медицинских работников и пациентов. Предоставить полную информацию пациентам о возможных рисках индукции и операции кесарева сечения.
2. Следует незамедлительно подготовить и внедрить национальные руководства по сепсису и медикаментозному аборту.
3. Основные усилия должны быть направлены на обеспечение качественного медицинского ухода на уровне лечебных учреждений, включая улучшение профессиональных навыков и предоставления эффективной деятельности (в том числе, обеспечение препаратами крови, соблюдение клинических протоколов, включая мониторинг за женщинами после родов и операции кесарева сечение).

Таким образом, первый опыт конфиденциального аудита внес свой вклад в установление истинных причин материнской смертности в стране. Кроме того, проведенный опыт показал готовность медицинских работников к обсуждению факторов влияния и

необходимости в улучшении качества ухода во время беременности и родов, в целях снижения риска материнской смертности и обеспечения безопасной беременности.

Источники

1. Drife J. Maternal mortality in well resourced countries: is there still a need for confidential enquiries? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2008; 22: 501-15.
2. Bacci A., Lewis G., Baltag V., Betran A. "Beyond the Numbers": introduction of maternal mortality and severe morbidity audit in the European Region. *Reproductive health matters*. October 2007.
3. World Health Organization. *Report on BTN implementation in Kazakhstan*. Copenhagen: WHO European Regional Office, 2008.

Gauri Bapayeva, MD, PHD

Главный научный консультант отдела акушерства и гинекологии, Национальный научный центр материнства и детства, Секретарь Центральной комиссии конфиденциального аудита gauri@inbox.ru

Zoya An, MD

Заведующая 1-м акушерским отделением, Национальный научный центр материнства и детства, Член Центральной комиссии конфиденциального аудита zojan2106@yandex.ru

Alberta Bacci, MD

Региональный координатор стратегии «Обеспечение безопасной беременности» Европейское региональное бюро ВОЗ

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ АУДИТА «АНАЛИЗ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ» В КАЗАХСТАНЕ: УЛУЧШЕНИЕ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ



Kanat
Sukhan-
berdiyev

Казахстан имеет развитую инфраструктуру системы здравоохранения, сравнительно высокую обеспеченность медицинскими кадрами, хорошую географическую доступность и гарантированный бесплатный объем медицинской помощи населению. Несмотря на данные преимущества, качество оказания медицинских услуг не отвечает требованиям из-за применения неэффективных и не основанных на доказательствах подходах ведения и организации службы. Одним из путей решения проблемы является внедрение современных методов непрерывного повышения качества медицинских услуг на уровне ЛПУ, например таких, как анализ угрожающих жизни акушерских осложнений (АУЖО), рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Данный вид аудита внедряется в Казахстане с 2009 года в рамках проекта Европейского регионального бюро ВОЗ «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане». В данной статье представлены результаты внедрения аудита угрожающих жизни осложнений за 2009-2010 годы, с акцентом на акушерские кровотечения.

Методология

Данный метод аудита предусматривает участие медработников в процессе установления и решения профессиональных проблем. Он также позволяет разделить ответственность между руководителями и медработниками учреждений. Вместе с тем, мультидисциплинарный подход проведения аудита, с вовлечением всех участников клинического случая и анализ всей цепи событий «от двери до двери» помогает лучше понять и принять упущенные возможности в каждом случае. Принципиальным отличием АУЖО является то, что в качестве конечного результата рассматривается не оценка клинического случая, а оценка предпринятых действий в результате аудита.

Процесс пилотного внедрения АУЖО был начат в Казахстане в 2007 году при непосредственной технической поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ, после большого объема подготовительной работы.

Для координации внедрения АУЖО руководство Министерства здравоохранения РК сформировало национальную рабочую группу и назначило национального координатора. На начальном этапе работы акушерские кровотечения и эклампсия были определены как случаи подлежащие АУЖО. Соответственно, были разработаны и приняты национальные клинические протоколы и разработаны стандарты оказания неотложной помощи при угрожающих жизни акушерских кровотечениях и эклампсии.

В качестве пилотных учреждений были выбраны 6 родовспомогательных организаций в городах Астана, Алматы и Южно-Казахстанской области: Национальный научный центр материнства и детства в г.Астане, городской перинатальный центр и городской родильный дом г.Алматы, областной и городской перинатальные центры г.Шымкент и городской перинатальный центр г.Туркестан Южно-Казахстанской области. Три учреждения из избранных, относились к учреждениям III уровня перинатальной помощи (согласно проводимой регионализации) с количеством родов 6000-7000 ежегодно. Остальные родовспомогательные организации относились к учреждениям II уровня городских родильных домов с годовой нагрузкой 5000 родов, и научный центр для оказания высокоспециализированной помощи с количеством родов до 4000 в год. Критериями выбора данных учреждений было успешное внедрение эффективных перинатальных технологий ВОЗ и желание уча-

ствовать в оценке.

Следующим этапом было определение угрожающих жизни кровотечений и эклампсии. С учетом различного уровня и технических возможностей, для каждого пилотного учреждения были разработаны свои определения/критерии для аудита (таблица 1).

Непосредственное проведение оценки угрожающих жизни случаев в пилотных родовспомогательных организациях было начато в 2009 году после обучения медицинских работников ответственных за внедрение аудита критических случаев в избранных родовспомогательных учреждениях.

Число критических случаев в пилотных организациях также варьировало в диапазоне от 20 до 70 в год. На начальном этапе у команд были попытки изучить все критические случаи в соответствии с принятыми критериями оценки. Данный подход привел к перегрузке работы команды и противоречиям в связи с повтором ситуаций оцениваемых случаев. Соответственно, было принято решение проводить АУЖО не реже 1 раза в месяц с отбором наиболее показательных случаев. Поэтому, каждое пилотное учреждение имело разную частоту проведенных аудиторских сессий, в среднем не более 10 в год.

Эффективность работы группы АУЖО в пилотных учреждениях определялась по показателям послеродового кровотечения, гистерэктомии и количества гемотрансфузий.

Одним из важных компонентов успешного внедрения АУЖО в Казахстане была техническая помощь пилотным учреждениям силами национальных и международных консультантов. Консультанты проводили оценку прогресса внедрения и оказывали методологическую помощь в процессе непосредственного наблюдения заседаний АУЖО, которые проводились ежегодно в мае-месяце 2010 и 2011 годов. Следует отметить, что на начальном этапе у всех пилотных организаций были одинаковые проблемы в проведении АУЖО, а именно: не весь персонал принимал участие в оценке случая и обсуждении, интервью с пациентками проводились не всегда, лидеры групп доминировали в дискуссии и не всегда использовались стандарты оказания помощи.

Вместе с тем, проводимые ежегодные национальные совещания по результатам пилотного внедрения, дали возможность участникам АУЖО обмениваться опытом, обсуждать общие проблемы, и тем самым улучшать ход реализации на уровне родовспомогательных учреждений.



Ardak Ayazbekov



Arman Issina



Gaukhar Abuova



Stelian Hodorocea



Alberta Bacci

Результаты

В результате проведенной оценки повысилась эффективность оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях, а именно:

- 1) **мониторинг в послеродовом периоде** - разработаны и внедрены листы наблюдения
- 2) **учет и регистрация объема кровопотери у рожениц и родильниц** – взвешивание крови с использованием мерной посуды, а также взвешивание перевязочного материала и одноразового белья и систематическая регистрация их веса.
- 3) **обеспеченность медикаментами и препаратами крови** – наличие и контроль запасов крови и ее компонентов, а также простагландинов и средств, стимулирующих сокращение матки, в медицинском учреждении.
- 4) **готовность к оказанию экстренной помощи** – разработка стандартов оказания экстренной помощи и условий транспортировки из отдаленных районов, обучение персонала учреждений и стационаров скорой медицинской помощи; улучшение навыков по рациональному распределению времени; назначение сотрудника, ответственного за готовность набора для оказания экстренной помощи в каждом учреждении.
- 5) **рациональное использование персонала** за счет внутреннего кадрового перераспределения/оптимизации трудовых ресурсов в родильных домах, а также сокращение рабочего времени до 12 часов в день.
- 6) **Оснащение персонала больниц средствами связи** для своевременного оповещения и предупреждения.

Наряду с этим, анализ случаев показал необходимость адаптации национальных протоколов в соответствии с потенциалом и уровнем лечебных учреждений, а также выявил дополнительные области, требующие детального изучения.

По мере дальнейшего внедрения команда АУЖО столкнулась с трудностями по установлению проблем, приведших к критическому случаю. По мере постепенного улучшения клинической практики и устранения грубых недостатков в процессе ведения кровотечений, поиск причин критических случаев становится нелегкой задачей. Поэтому, возникла необходимость в постоянном участии в работе команды опытного врача акушера-гинеколога и непрерывной внешней поддержке национальных экспертов.

В заключение, следует подчеркнуть, что метод АУЖО показал свою практическую значимость и эффективность в улучшении практики медицинских работников на уровне родовспомогательных учреждений.

Источники

1. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquires. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 231-43
2. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhages. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines 2000; N88: April http://sogc.medical.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps88.pdf

Kanat Sukhanberdiyev

Акушер-гинеколог,
Национальный координатор по АУЖО,
Национальный научный центр материнства и детства,
г. Астана, Казахстан
kana6@msn.com

Ardak Ayazbekov

Акушер-гинеколог,
Городской перинатальный центр,
г. Туркестан
Ardak1981@mail.ru

Arman Issina

Акушер-гинеколог,
Кандидат в магистры делового администрирования, 2-курс
Медицинский университет «Астана»

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка,
Страновой офис ВОЗ в Казахстане
gaa@euro.who.int

Stelian Hodorocea

Доцент кафедры акушерства и гинекологии,
Государственный медицинский университет,
Кишинев, Республика Молдова
stelian21@hotmail.com

Alberta Bacci

Региональный координатор стратегии «Обеспечение безопасной беременности»
Европейское региональное бюро ВОЗ

Таблица 1. Определения и критерии отбора критических случаев в пилотных родовспомогательных организациях

	Пилот 1	Пилот 2	Пилот 3	Пилот 4	Пилот 5	Пилот 6
1-ый критерий	Объем кровопотери > 1000 мл	Объем кровопотери > 1500 мл	Объем кровопотери > 1500 мл	Объем кровопотери > 1500 мл	Гистерэктомия	Геморрагический шок
2-ой критерий	Систол АД меньше 80 мм. рт. ст.	Гистерэктомия	Геморрагический шок	Гистерэктомия	Гемотрансфузия	Гемотрансфузия
3-ий критерий	Пульс свыше 100 уд/мин	Гемотрансфузия	Гемотрансфузия	Гемотрансфузия		
Критерии отбора	При наличии одного из критериев	При наличии всех 3 критериев	При наличии одного из критериев	При наличии одного из критериев	При наличии одного из критериев	При наличии одного из критериев

ВОВЛЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ, СЕМЕЙ И МЕСТНЫХ СООБЩЕСТВ В УЛУЧШЕНИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА: ПИЛОТНЫЙ ОПЫТ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Улучшение качества и целостности услуг по охране здоровья матери и ребенка (ОЗМиР) посредством реорганизации системы здравоохранения и более активного участия местных сообществ были определены в качестве ключевых для процесса улучшения охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (ОЗМНД) в Казахстане. В 2003 году инициатива Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по Обеспечению безопасной беременности предложила стратегическую концептуальную основу, названную *Работой с отдельными лицами, семьями и сообществами для улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных* (1), далее в тексте называемой концепцией ЛСС. Основанная на подходе Пропаганды здорового образа жизни Оттавской хартии (2), концепция доказывает, что работа с отдельными лицами, семьями и местными сообществами является решающим связующим звеном в оказании рекомендуемой непрерывной помощи и уходу за женщинами и новорожденными во время беременности, родов и постнатального периода (3).

Внедрение концепции ЛСС в Казахстане

Внедрение работы с отдельными лицами, семьями и сообществами для улучшения охраны здоровья матерей, новорожденных и детей началось с Южно-Казахстанской области. Фаза подготовки, состояла из создания основы для введения ЛСС как части государственных программ ОЗМНД. Пропаганда важности этой работы в среде местных общин и медицинского сообщества стала решающим шагом. Первый семинар, направленный на ориентирование менеджеров программы здравоохранения, работающих на национальном и на местном уровне, был посвящен основным стратегиям и процессам работы с отдельными лицами, семьями и сообществами по улучшению ОЗМНД.

Следующей фазой стал процесс Совместной Оценки с участием Местного Сообщества (СОМС). Это процесс был разработан с целью определения нужд и приоритетов местных сообществ и подготовки областного и районного плана СОМС. Методы работы были адаптированы к условиям Казахстана (Рисунок

1). Процесс был запущен в Сузакском районе Южно-Казахстанской области при поддержке команды, созданной из представителей национального и областного центров Интегрированного ведения болезней детского возраста, Центра здорового образа жизни и Департамента защиты прав ребенка. Они были подготовлены по методике «учиться делая» в процессе внедрения этой инициативы.

Шаг 1. Процесс СОМС был представлен районной администрации и подразделениям системы здравоохранения для того, чтобы заручиться их поддержкой. Районная команда подготовила анализ ситуации здоровья матерей, новорожденных и детей, описывающий общий контекст района, индикаторы ОЗМНД, главные причины заболеваемости и смертности, оказание услуг и другие инициативы в сфере ОЗМНД в районе.

Мультисекторальная команда районного уровня, созданная из медицинских работников, администраторов, представителей сектора образования, министерства внутренних дел (случаи насилия по гендерному признаку – права женщин) и неправительственных организаций, прошла тренинг по ведению процесса СОМС. Основной целью тренинга было развитие навыков по содействию в проведении «круглых столов» в общине и анализ выводов.

Шаг 2. В районе провели пять «круглых столов», в каждом участвовало 15–18 человек из следующих групп:

- женщины репродуктивного возраста,
- матери, свекрови и бабушки женщин репродуктивного возраста,
- мужья или партнеры женщин репродуктивного возраста,
- руководители общин,
- медицинские работники.

Были представлены различные сегменты населения с точки зрения социально-экономического статуса, этнических групп и удаленности от медицинских учреждений.

В ходе «круглых столов» участники обсуждали текущую ситуацию в их общине в четырех сферах ЛСС, указанных в таблице 1. Они определили перечень проблем в каждой области и имеющиеся возможности для их решения. Затем участники «круглых столов» расставили проблемы в порядке приоритетности,

основываясь на одном единственном критерии, а именно – проблемы, оказывающие наибольшее влияние на здоровье женщин, новорожденных и детей, особенно в наиболее уязвимых группах. Они выбрали по три проблемы для каждой области ЛСС и обозначили действия, которые должны быть приняты для разрешения этих проблем.

Шаг 3. Следующим шагом СОМС стал институциональный «круглый стол», который собрал вместе представителей местных сообществ и руководителей районной администрации, отделов здравоохранения, образования, транспорта, СМИ и неправительственных организаций, которые работают в сфере здравоохранения, а особенно – в сфере ОЗМНД.

Шаг 4. Результатом ведомственного «круглого стола» стал районный план ЛСС, в котором были выделены ключевые положения, соответствующие действия, основные исполнители и необходимые ресурсы. Районный план ЛСС обуславливает активное координирование между секторами, привлечение различных исполнителей к осуществлению мероприятий по улучшению ОЗМНД и возможные коррективы в существующем подходе оказания медицинской помощи.

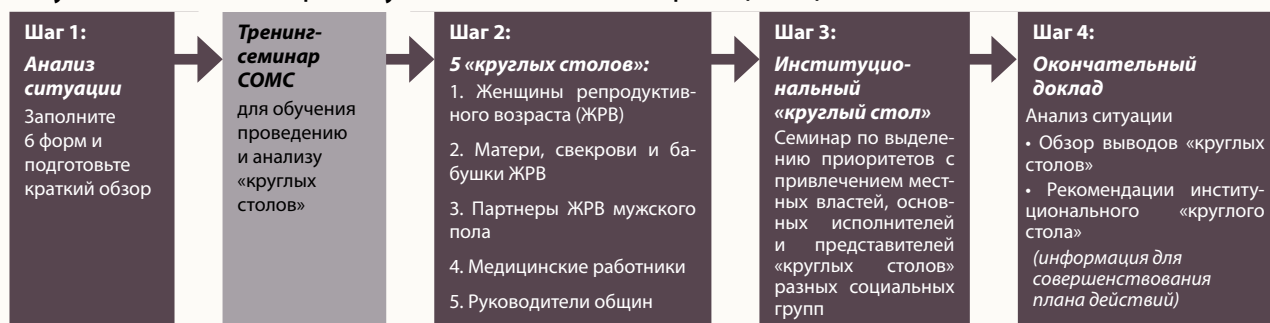
План ЛСС также включает план мониторинга и оценки, который обычно интегрируется в районные планы ОЗМНД с привлечением дополнительных средств из бюджета. Он внедряется посредством вовлечения всех заинтересованных лиц, действующих под руководством межсекторальной группы ЛСС, являющейся подгруппой районного комитета ОЗМНД. К мониторингу и оценке также привлекаются заинтересованные лица, и проводится мониторинг, как самого процесса, так и результатов ЛСС.

Перспективы

Подход ЛСС для Казахстана является новым. На районном уровне идея вовлечения общины и других секторов в улучшение ОЗМНД была воспринята как новаторская. Она потребует изменения в сознании на нескольких уровнях и, скорее всего, времени, чтобы принять такой подход.

Существуют некоторые тенденции по восприятию данного подхода, кото-

Рисунок 1: Совместная оценка с участием Местного Сообщества (СОМС)





Isabelle Cazzotes



Aigul Kuttumuratova



Gaukhar Abuova



Bayan Babayeva

рый время от времени заставляет задумываться о том, как в целом, сектор здравоохранения работает с местными сообществами:

- Готовность медицинских работников вести диалог с женщинами, семьями и местными сообществами для обмена информацией, определения проблем и разработки решений уже существует. Некоторые медицинские работники могут столкнуться с затруднениями в восприятии заключений и перспектив, выдвигаемых женщинами и общественностью. Различные навыки, существующие отношения и медико-биологическая культура ограничивают дальнейшее применение предлагаемых подходов.
- Эти подходы, направленные на расширение прав и возможностей, также предлагают медицинским работникам принять новую роль в медицинском образовании. Акцент делается больше на содействие, диалог и повышение знаний, а не на передачу информации и решений. А значит, необходимо укрепление знаний и навыков медицинских работников в этих областях.
- Сближение женщин, семей и местных сообществ с медицинскими работниками отнюдь не является простым процессом, однако существует весомые доказательства того, что если не удастся работать вместе бо-

лее тесно, улучшение ОЗМНД остается проблемой.

- Вовлечение других секторов может стать еще одной проблемой, так как охрана здоровья рассматривается как прерогатива исключительно сектора здравоохранения. Активная пропаганда различных аспектов ОЗМНД, является необходимой для информированности различных секторов и районных властей.

Пилотирование внедрения плана ЛСС в Сузакском районе, без сомнения, является важным этапом для программ ОЗМНД в Казахстане. Компетентность областной команды развивалась в ходе процесса СОМС. Тщательный мониторинг, а также документирование процесса будут необходимы для осмысления опыта и распространения данного подхода на другие районы и, возможно, на другие области.

Источники

1. World Health Organization. Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn. Geneva, World Health Organization, 2003 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_03_11/en/
2. Ottawa Charter, World Health Organization, 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
3. Portela A, Santarelli C. Empowerment

of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. British Medical Bulletin 2003; 67: 59–72.

Isabelle Cazzotes

Международный консультант ВОЗ cazottes.isabelle@orange.fr

Aigul Kuttumuratova

Региональный координатор стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста», Европейское региональное бюро ВОЗ aku@euro.who.int

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане gaa@euro.who.int

Bayan Babayeva

Руководитель областного центра ИВБДВ, Южно-Казахстанская область bbabayeva@mail.ru

Таблица 1

Тематические области Плана ЛСС	Вопросы, обозначенные в ходе «круглых столов» в Сузак
1. Усиление ПОТЕНЦИАЛА семьи и сообщества для укрепления здоровья, адекватного реагирования и выбора решений в экстренных случаях, связанных с родами, новорожденными и детьми	<ul style="list-style-type: none"> • Питание и уход за беременной женщиной, роженицей и ребенком на дому • Выявление опасных признаков акушерских и неонатальных осложнений и заболеваний у детей • Проблемы транспортировки во время родов или акушерских и неонатальных осложнений • Малоимущие семьи испытывают трудности с поддержанием отопления в домах • Низкое качество профилактических посещений новорожденных и детей • Недостаток общения и согласия между свекровями и невестками
2. Повышение ОСВЕДОМЛЕННОСТИ о правах, нуждах и возможных проблемах, связанных с охраной здоровья матерей, новорожденных и детей	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаток осведомленности о правах человека, гендерных правах и правах ребенка, сексуальном и репродуктивном праве; мнения женщин не учитываются • Роль мужчин (муж/отец) в охране здоровья и уходе за новорожденным и ребенком • Недостаток участия общественности и социальных структур в аудите материнской и перинатальной смертности, улучшение ОЗМиР • Недостаток пропаганды здорового образа жизни, мероприятий медицинского образования, профилактики заболеваний • Отсутствие местных неправительственных организаций по поддержке социально незащищенных семей
3. Улучшение СВЯЗЕЙ служб социальной поддержки женщин, семей и сообществ, и налаживание связей с системой оказания медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Система транспорта как препятствие для доступа к использованию услуг ОЗМиР • Нехватка общественных групп, которые могли бы оказывать поддержку женщинам и юношеству • Трудности в доступе к специализированной помощи • Слабые связи между медицинскими учреждениями и другими секторами • Местная администрация несущественно поддерживает медицинских работников
4. Улучшение КАЧЕСТВА медицинских услуг и взаимодействия лечебных учреждений с женщинами, семьями и сообществами	<ul style="list-style-type: none"> • Педставление женщин, семей и сообществ о качестве услуг здравоохранения • Неудовлетворенность качеством и целостностью оказания помощи матерям и новорожденным • Дефицит бесплатных лекарств • Плохая гигиена, санитария и водоснабжение в больницах • Неофициальная дополнительная оплата (некоторые анализы) • Межличностные и межкультурные навыки медицинских работников

ВНЕДРЕНИЕ СТРАТЕГИИ ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА – ОТ ПОЗИТИВНОГО ОПЫТА В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ К ПОВСЕМЕСТНОМУ ВНЕДРЕНИЮ В СТРАНЕ

Предпосылки

Глобальная стратегия ВОЗ/ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ) – это интегрированный подход к охране здоровья детей, которое ориентировано на общее благополучие ребенка. Ее целью является снижение смертности, заболеваемости и инвалидности, а также улучшение показателей роста и развития детей до пяти лет. Стратегия ИВБДВ сочетает медицинскую помощь и профилактические меры, включая питание, иммунизацию, психо-социальную стимуляцию развития ребенка и соответствующий уход за ребенком дома. Стратегия вовлекает семью, общественность и медицинские учреждения в процесс оказания улучшенной помощи детям, особенно тем, кто находится в группах риска.

За прошлое десятилетие Республика Казахстан значительно преуспела в улучшении медицинских услуг детям, обновлении государственной политики и стратегии и принятии действенных мер, направленных на снижение детской смертности. Стратегия ИВБДВ была введена в Казахстане в 1999 году, начиная с адаптации клинических руководств и обучения медицинского персонала, ответственного за профилактику и лечение наиболее распространенных детских заболеваний. Внедрение стратегии распространилось с 2 пилотных районов до 28 районов в 4 областях. Однако, последовательное улучшение охвата и эффективности услуг по улучшению детского здоровья может быть достигнуто только при полной интеграции действенных программ в первичное звено медико-санитарной помощи (ПМСП). Необходимость быстрого расширения охвата подготовки медицинских работников по вопросам интегрированной медицинской помощи детям, основанной на доказательствах и с учетом существующих географических особенностей, была четко обозначена Министерством здравоохранения (МЗ).

Южно-Казахстанская область была одной из пилотных областей проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», финансируемой ЕС и реализуемой ВОЗ. Одна из составляющих проекта направлена на создание потенциала работников ПМСП по оказанию качественных медицинских услуг больным и здоровым детям и поддержке семей в оказании надлежащего ухода в домашних условиях.

Внедрение стратегии ИВБДВ в Южном Казахстане

Введение

Начальные действия по запуску проекта заключались в оказании организационной поддержки для скоординированного внедрения стратегии, повышения информированности заинтересованных в ИВБДВ сторон и определения существующих ресурсов, потребностей и задач:

- Местные источники бюджетирования использовались для того, чтобы подготовить штатных областных координаторов по вопросам интегрированной помощи детям/ИВБДВ;
- Была осуществлена оценка внедрения ИВБДВ на областном уровне: был определен объем необходимых тренингов и ресурсы, и намечен план мероприятий;
- Были проведены семинары по ориентации и планированию с привлечением ответственных лиц с целью обеспечения действенного внедрения проекта. Участниками встречи были представители областного и районного отделов здравоохранения, главы областной, городской и районной больниц, школьные учителя и ведущие специалисты в области охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР).

Клинические руководства и повышение кадрового потенциала

Широкий охват и эффективное обучение медицинского персонала, ответственного за ведение больных и здоровых детей на первичном звене, являются решающими для соблюдения принципа равных возможностей, доступности и качества медицинской помощи.

Инновационный программный продукт «Компьютеризированная программа ИВБДВ по адаптации и тренингу» (ИКАТ), был адаптирован местными экспертами при технической поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ. Этот инструмент может быть использован для адаптации клинических руководств ИВБДВ на национальном уровне, а также для интенсивного расширения охвата обучения ИВБДВ посредством предоставления и организации более эффективных обучающих подходов (без отрыва от работы, до-дипломное и дистанционное обучение и т. д.). Использование ИКАТ позволило сократить стандартный курс тренинга ИВБДВ с 11 до 9

дней без ущерба для общего качества тренинга, а также включить дополнительные клинические разделы, такие как уход в целях развития ребенка и мониторинг роста и развития.

В ноябре 2009 года главные педиатры областных, городских и районных больниц из областей, участвующих в проекте, включая Южно-Казахстанскую область, прошли тренинг ИВБДВ по методологии ИКАТ. Главной задачей было обучение основного клинического персонала по внедрению ведения наиболее распространенных болезней детского возраста, основанного на доказательной базе. Результаты тренинга показали высокую эффективность выбранного подхода. Все участники успешно прошли курс обучения, правильно ответив на 90 % вопросов теста. За тренингом последовала организационная сессия при участии областного отдела здравоохранения по вопросу проведения дальнейших тренингов в каждой области. В 2009–2010 гг. 1325 медицинских работников учреждений ПМСП и районных детских больниц прошли обучение на 82 учебных курсах ИВБДВ, в результате чего в 40 % медицинских учреждениях области более 60 % медицинских работников прошли обучение.

Отзывы слушателей о курсах ИКАТ:

- Компьютеризированный подход экономит время и облегчает организацию и проведение обучающих курсов
- Инструмент ускоряет адаптацию базовых клинических руководств для использования по всей стране. В настоящее время это сложный и длительный процесс
- Обеспечивает периодическое обновление национальных и областных клинических руководств ИВБДВ для решения задач местного здравоохранения
- Увеличивает число доступных опций обучения и в результате, возможное, увеличение числа обученных, которое на данный момент все еще недостаточно для проявления ощутимого воздействия
- Инструмент может быть эффективно использован для последующих кураторских визитов и мониторинга.

Поддержка после тренинга и достигнутый прогресс

Для того чтобы поддержать обученных медицинских работников во внедрении клинических руководств ВОЗ в их больницах, был проведен ряд последующих визитов на местах в конце 2009–2010 гг.



**Aigul
Kuttu-
muratova**



**Gaukhar
Abuova**



**Zaire
Ospanova**



**Bayan
Babayeva**

Внедрение руководств ИВБДВ в клиническую практику областных учреждений ПМСП имело значительное влияние на показатели смертности и улучшение здоровья детей. Сравнительный анализ младенческой и детской смертности за 2008–2010 гг. показал значительное снижение при том, что младенческая смертность по причине острых респираторных заболеваний, снизилась на 62 %, а детская смертность до пяти лет по причине пневмонии уменьшилась на 71 %.

Внедрение ИВБДВ в Южном Казахстане вышло за рамки медицинских учреждений и позволило найти более эффективные пути достижения семей, имеющих детей, посредством хорошо проверенных и зарекомендовавших себя мер предотвращения смертности и заболеваемости. Это объединило все три компонента ИВБДВ: (I) улучшение клинических навыков медицинских работников, (II) усиление поддержки в медицинских учреждениях и (III) улучшение практики в семьях и общинах и усиление подходов, ориентированных на местные сообщества. Прогресс, достигнутый по улучшению качества ИВБДВ в больницах первого уровня, и активное вовлечение общин в улучшение ОЗМиР более подробно анализируются в других статьях этого журнала.

Для того чтобы устранить ограничения со системы здравоохранения, оказывающие влияние на внедрение ИВБДВ, проект поддержал разработку новой политики и методов поддерживающего кураторства в ОЗМиР, выбрав Южно-Казахстанскую область в качестве пилотного региона. МЗ признало необходимость сделать кураторство более устойчивым, интегрированным и регулярно используемым ответственными лицами после того, как местные эксперты определили, что существующая система контроля за услугами ОЗМиР является разобщенной, зачастую привязана к специфическим проектам, и носит более наказательный, нежели поддерживающий характер. Новая политика предусматривает систему, в которой внутренние и внешние кураторы будут выполнять незаменимую функцию связи между организацией услуг и их предоставлением. Самооценка медицинских работников станет интегральной частью этой системы. Основными составляющими интегрированного поддерживающего кураторства будут: (I) административная оценка, (II) оценка информационной систе-

мы, (III) оценка качества клинической помощи, (IV) оценка системы направлений, (V) оценка вовлеченности пациентов и местных сообществ, (VI) повышение потенциала клинического персонала, (VII) решение проблем, связанных с клинической работой; и (VIII) углубленная оценка программ ОЗМиР. Документ новой политики и методический набор будут окончательно подготовлены при технической поддержке ВОЗ.

Перспективы и дальнейшее развитие

Большая политическая поддержка и приверженность, постоянное финансирование, человеческие ресурсы, подготовленные соответствующим образом, интегрированное и координируемое ведение программы и эффективная децентрализация составляют основу для эффективного снижения детской смертности.

Обращаясь к накопленному опыту, полученному за последние десять лет внедрения ИВБДВ в Казахстане и, в частности, комплексному пилотному внедрению в Южно-Казахстанской, Актюбинской и Карагандинской областях, МЗ разработало и утвердило директивный документ и политику, одобряющие повсеместное внедрение интегрированной медицинской помощи детям до пяти лет (Приказ МЗ № 137 от 31 марта 2011 года).

МЗ создало благоприятную политическую и организационную среду и ресурсную поддержку для внедрения интегрированной медицинской помощи детям по всей стране посредством:

- I) введения поддерживающей политики с четко обозначенными приоритетами и задачами,
- II) обеспечения всех детей младше 5 лет бесплатными стандартными лекарствами по стратегии ИВБДВ,
- III) проведения постоянного обучения по оказанию качественной медицинской помощи детям в 16 региональных учебных центрах;
- IV) обеспечения доступных ресурсов не только через проекты, ограниченные во времени, но и в долгосрочном аспекте, а также выделения бюджетных средств на интеграцию мероприятий ИВБДВ в первичное звено здравоохранения и больницы первого уровня во всех регионах.

Опыт масштабного внедрения ИВБДВ и эффективность политики и страте-

гий нуждаются в систематизированной и задокументированной оценке и широком распространении. Подобная оценка наверняка вызовет большой интерес не только в Казахстане, но и во всем регионе.

Aigul Kuttumuratova

Региональный координатор стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста», Европейское региональное бюро ВОЗ
aku@euro.who.int

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане
gaa@euro.who.int

Zaire Ospanova

Руководитель Национального центра ИВБДВ в Казахстане
zaure_ospanova@ok.kz

Bayan Babayeva

Руководитель областного центра ИВБДВ, Южно-Казахстанская область
bbabaeva@mail.ru

ПОДХОД ВОЗ К МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ: ВЗГЛЯД ИЗ КАЗАХСТАНА

В глобализованном мире партнерство - это не только новая тенденция, а скорее, необходимость. Национальные правительства создают институты государственно-частного партнерства и вовлекают гражданское общество для выработки стратегий и получения обратной связи. Более того, сегодня источниками крупных инвестиций для улучшения и сохранения здоровья являются не только государственные бюджеты. Транснациональные корпорации определяют повестку дня в развитии здравоохранения, инвестируя миллионы долларов в сферы, требующие незамедлительного финансирования.

В данной сложной ситуации лидерство в здравоохранении просто необходимо. Международные организации имеют технический опыт и управленческий потенциал, но зачастую не обладают достаточным финансированием для внедрения собственных программ и стратегий. Технический экспертный потенциал Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), наряду с сильной политической поддержкой и финансированием партнеров, может обеспечить эффективное партнерство. Условия могут различаться в странах, но потребность в интеграции глобальна.

Преодоление неравенства

Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния делают акцент на равенство в доступе к услугам здравоохранения и межсекторальное сотрудничество. Системы здравоохранения рассматриваются как единое целое, интегрируя программы и поставщиков услуг, институты и окружающую обстановку внутри секторов (1). Системы здравоохранения выполняют 4 основные функции: предоставление услуг здравоохранения, финансирование системы, формирование ресурсов и стратегическое управление. В то время как первые три функции понятны и четко определены, четвертая малоизвестна и требует более пристального внимания. Стратегическое управление отвечает за разработку политики и регуляторного механизма, мониторинг производительности и «построение коалиций с участниками внутри и вне сектора здравоохранения» (2). Результаты эффективности могут измеряться государственными программами здравоохранения и социально-экономическими индикаторами развития страны. Таким образом, межсекторальное сотрудничество направлено на преодоление неравенства и улучшение здоровья населения, и является показателем результативности всех вовлеченных министерств и ведомств. Поэтому, межсекторальное сотрудничество включает всех заинтересованных лиц, чьи действия напрямую или косвенным образом влияют на показатели здоровья населения.

Теперь определим участников процесса. Это – правительство и госорганы, профессиональные ассоциации и научно-исследовательские центры, высшие учебные заведения, неправительственные

организации (НПО), средства массовой информации (СМИ), агентства ООН и международные организации-доноры, работающие в сфере здравоохранения. Наше внимание будет уделено субъектам, работающим в области охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР).

В 2010 году Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) обратилось к ВОЗ для предоставления комментариев к проекту Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы. В комментариях ВОЗ к разделу 5.1 по улучшению эффективности межсекторального и межведомственного сотрудничества, было отмечено, что оно [сотрудничество] может быть усилено аргументом, что здоровье людей находится под влиянием условий окружающей среды, в которой они проживают, к примеру, таких как: бедность, заброшенность и социальное отщепенство, безработица и плохие жилищные условия. Привлечение внимания к этим факторам означает пересмотр действий внутри самого сектора здравоохранения, а также работу с другими секторами.

Несмотря на увеличение финансирования здравоохранения на душу населения от 8740 тенге (прибл. 60 долл. США) в 2004 году до 30373 тенге (прибл. 208 долл. США) в 2009 году (3), распределение фондов все еще остается проблемой. Основной проблемой остается доступ целевых групп и уязвимых слоев населения к качественной медицинской помощи. Это является приоритетом госпрограммы, и совместного проекта ВОЗ, ЕС и МЗ РК. Здоровье в целом, и материнское и детское здоровье в частности, было рассмотрено через призму социальных детерминантов здоровья, находящихся во главе инициатив по межсекторальному сотрудничеству.

Партнерство в области ОЗМиР

В Казахстане существует несколько форм партнерства в сфере ОЗМиР. Межсекторальное партнерство регулируется специально созданным Правительством Республики Казахстан Национальным координационным советом под руководством Вице-премьера и Правительства РК, осуществляющим координацию межведомственными мероприятиями по охране здоровья граждан. Следующий вид партнерства представляет собой сотрудничество международных организаций, работающих в области ОЗМиР, в частности, ООН (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА), Всемирного банка и ЮСАИД. Партнерство агентств ООН имеет успешную историю сотрудничества в Казахстане, но все еще не обеспечивает эффективный механизм по достижению результатов всеми партнерами.

Партнерство между государством и агентствами имеет большую важность, поскольку оно обеспечивает ответственность государства и право на собственность за все программы, реализуемые международными организациями-партнерами. МЗ РК явля-

ется государственным органом, отвечающим за направление политики в области здравоохранения и взаимосвязанных вопросов политического, экономического, социального и юридического характера. На данный момент в стране существуют три координационные структуры, призванные обеспечить межсекторальное взаимодействие: Национальный координационный совет по охране здоровья при Правительстве РК, Республиканский штаб по принятию неотложных мер для снижения материнской и младенческой смертности (при МЗ РК), и Межведомственная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве РК, возглавляемая Министром образования и науки. В то время, как данные структуры официально закреплены, на деле их решения не являются юридически обязательными. Отсутствие опыта эффективного межсекторального партнерства на национальном уровне подчеркивает важность его обеспечения Министерством здравоохранения и партнерами в области ОЗМиР, и этот приоритет был обозначен в совместном проекте ВОЗ, ЕС и МЗ РК.

Двусторонний подход

Проект использовал вертикальный подход, работая на политическом уровне для разработки и внедрения стратегии ОЗМиР в рамках госпрограммы и стратегического плана развития здравоохранения. В то же время, использовался т.н. подход «снизу-вверх» для работы с медработниками и сообществами на местном уровне (о работе с местными сообществами подробно говорится в отдельной статье данного выпуска *Entre Nous*). Ниже приводим три примера воздействия проекта на политическом и стратегическом уровнях.

В июле 2009 года в рамках проекта состоялось первое координационное совещание между МЗ РК и партнерами, призванное усилить механизм партнерства между государством и агентствами ООН. Совещание определило общие сферы деятельности (картирование) и необходимые интервенции для улучшения здоровья матери и ребенка. Рекомендации по итогам совещания были представлены с использованием метода анализа SWOT (сильные и слабые стороны, возможности и угрозы), в результате чего партнеры пришли к общему пониманию и необходимости согласования взаимодополняющих действий для укрепления ОЗМиР.

Следующим шагом стала разработка комплексной стратегии. Во время проведения мероприятий по презентации проекта в августе 2009 года, состоялось двухдневное совещание с заинтересованными лицами по разработке стратегического документа в области ОЗМиР. Во время совещания участники обсудили проблемы и вызовы, а также приоритетные направления работы в данной области. Международный консультант ВОЗ Джорджи Тамбурули ознакомил участников с новым инструментом оценки качества медицинской помощи и эффективности системы здравоохранения в улучшении



**Assel
Mussa-
galiyeva**



**Gaukhar
Abuova**



**Melita
Vujnovic**



**Vivian
Barnekow**



**Azhar
Tule-
galiyeva**

здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков.

Третья стратегическая инициатива пришла своевременно в феврале 2010 года с проведением совещания в формате круглого стола. На тот момент МЗ РК разрабатывало новую государственную программу на 2011-2015 годы, и ВОЗ пригласили для предоставления технической помощи – поэтому «круглый стол» стал еще одной возможностью для определения и развития межсекторального сотрудничества в области ОЗМиР, и внесения полученных рекомендаций в проект госпрограммы. Важным элементом совещания был тот факт, что за день до него состоялась двусторонняя встреча представителей штаб-квартиры ВОЗ с Администрацией Президента РК, министерствами здравоохранения, экономики и бюджетного планирования, внутренних дел, труда и социальной защиты. Таким образом, совещание было ключевым мероприятием для определения сфер взаимодействия и распределения ролей и обязанностей, а также для обсуждения общих проблем и вызовов, связанных с охраной и укреплением здоровья матери и ребенка.

В результате проведенной работы, были достигнуты следующие результаты:

- 1) Стратегия в области ОЗМиР и план действий с выделенным финансированием были разработаны МЗ РК и утверждены Правительством как часть госпрограммы на 2011-2015 гг.;
- 2) Качество оказания медицинской помощи матерям, новорожденным и детям было улучшено в 15 стационарах Актыбинской, Карагандинской и Южно-Казахстанской областей, и городах Астана и Алматы;
- 3) Вовлечение семей и сообществ в решение проблем ОЗМиР было усилено;
- 4) Потенциал службы ОЗМиР был укреплен для предоставления качественной медицинской помощи; список национальных тренеров был разработан и утвержден на национальном уровне.

Заключение: дальнейшие шаги

Для обеспечения эффективного долгосрочного сотрудничества предлагаем три рекомендации, позаимствованные из теории повторяющихся игр Нобелевского лауреата по экономике 2005 года Роберта Дж. Ауманна (4).

1: **“Повторение способствует сотрудничеству”**. Мы знаем, что существующая форма сотрудничества неэффективна. Очень сложно обеспечить слаженную работу всех партнеров без обеспечения сильного лидерства, мотивации и наличия юридических обязательств (путем принуждения участников процесса).

Конкретное действие: Необходимо создать официальный орган с юридическим статусом, к примеру, Национальную комиссию по межсекторальному сотрудничеству (НКМС). Глава НКМС будет назначаться Президентом, а исполнительными органами будут Министерство здравоохранения РК и другие вовлеченные ведомства.

Международные организации, НПО и СМИ будут иметь статус наблюдателя. Решения, принятые НКМС, будут обязательными для исполнения, согласно постановлению правительства.

2: **“Игроки не должны ожидать немедленных результатов”**. Здесь следует определить конкретный временной промежуток для получения первоначальных результатов. Также следует определить метод работы и конечный достижимый и измеримый результат.

Конкретное действие: Временной период должен совпасть с первым этапом внедрения госпрограммы, т.е. 2012-2013 годами. Индикаторы результативности были подписаны в меморандумах о взаимопонимании всеми вовлеченными министерствами, и также должны быть конкретно определены для каждого госоргана в рамках НКМС. Индикаторы должны включать показатели материнской и младенческой смертности, и улучшенный доступ к услугам здравоохранения.

3: **“Идеальное равновесие”**. При совершенном балансе страх наказания должен быть достоверным и обоснованным, и даже в случае, если оно [наказание] произойдет, участники будут иметь дальнейший стимул для продолжения сотрудничества.

Конкретное действие: каждое министерство будет докладывать о прогрессе и препятствиях в его достижении на отчетных встречах раз в два месяца. Государственные органы будут приглашать представителей гражданского общества и СМИ для продвижения ключевых вопросов и планов действий каждого министерства. К примеру, сокращение дорожного травматизма и смертности детей как часть обеспечения безопасности дорожного движения (министерства здравоохранения и внутренних дел), практика исключительно грудного вскармливания и создание благоприятных рабочих мест для беременных женщин и кормящих матерей, кампании по здоровому питанию (министерства здравоохранения, информации и связи, труда и социальной защиты) и т.д. Общественный контроль и прозрачность процесса будут обеспечиваться через существующие инструменты электронного правительства (вебсайты, министерские блоги) и публичные пресс-конференции. Депутаты Парламента могут принимать участие во всех указанных мероприятиях для представления интересов широкой общественности.

В конечном счете, моральные стимулы напрямую связаны с чувством патриотизма и внутренней мотивацией «получения удовлетворения от работы, сделанной во благо народа». Это глубоко внутренний и не измеряемый фактор, но в конечном итоге, это то, что запоминается людьми после окончания любой реформы или политической карьеры государственного служащего.

Источники

1. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния, 2008 г., стр. 3.

2. How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity, WHO European Regional Office, 2010 г., стр. 15.

3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, стр. 10.

4. Aumann, Robert “War and Peace: what can game theory teach us?” Из лекции Роберта Дж. Ауманна в Назарбаев университете, г. Астана, май 2011 г. Полный текст лекции лауреата Нобелевской премии по экономике 2005 года на вебсайте http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2005/aumann-lecture.pdf

5. Для более подробной информации по развитию стратегии по материнству и детству, или компонента по вовлечению семей и местных сообществ в рамках Проекта, см. статьи Вивиан Барнекоу и Айгуль Куттумуратовой и др.

Assel Mussagaliyeva, MA, MPP

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане asm@euro.who.int

Gaukhar Abuova

Национальный координатор программ ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка, Страновой офис ВОЗ в Казахстане gaa@euro.who.int

Melita Vujnovic

и.о. Главы Странового офиса ВОЗ в Казахстане mev@euro.who.int

Vivian Barnekow

и.о. Менеджера программы Здоровье и развитие детей и подростков, Департамент неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейское региональное бюро ВОЗ vbv@euro.who.int

Azhar Tulegaliyeva

Директор Департамента организации медицинских услуг, Министерство здравоохранения Республики Казахстан a.tulegaliyeva@mz.gov.kz

ОЦЕНКА И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ

В странах, жители которых не сталкиваются со значительными препятствиями на пути получения медицинской помощи, таких как большинство стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ), а также Содружества Независимых Государств (СНГ), качество медицинской помощи является основным вопросом, который необходимо разрешить, чтобы уменьшить смертность и долгосрочные осложнения, избежать причинения ненужной боли и страданий и минимизировать затраты как со стороны семей, так и со стороны системы здравоохранения (1,2).

Предыдущий анализ показал, что педиатрическая больничная помощь во многих странах ЦВЕ и СНГ не являлась безопасной, эффективной и ориентированной на пациентов, как это должно быть, и с этого момента ВОЗ и Министерства здравоохранения (МЗ) начали реализацию программ по улучшению качества (3). Такие программы включали следующее:

- изменение законодательства, норм и предписаний, которые шли вразрез с международными стандартами – например, в отношении доступа матерей в больницы или минимального срока пребывания в больнице;
- улучшение инфраструктуры, оборудования и основных лекарств;
- ознакомление с клиническими руководствами ВОЗ по оказанию больничной помощи детям (4) во время до-дипломного обучения и курсов повышения квалификации.

Подход к улучшению качества был применен как в отношении материнского и неонатального ухода, так и помощи детям, и был основан на методах оценки, разработанных ВОЗ (5,6). Методики были направлены на:

- а) подготовку специалистов проводящих оценку, по сбору информации по всем ключевым вопросам, которые оказывают наибольшее влияние на результаты материнского, неонатального и педиатрического ухода;
- б) определение проблемных областей, в которых отмечается недостаточ-

ность или несоответствие инфраструктуры, оборудования, лекарств, снабжения, и, что важно, там где оказывается некачественная или не соответствующая стандартам помощь; и

- в) вовлечение администрации и персонала больниц, а также – МЗ, в определение и выделение наиболее важных действий, необходимых для повышения качества ухода (КУ), как на уровне больниц, так и на более высоком уровне.

Методика включает 4 различных источника информации: больничная статистика, истории болезней, непосредственное наблюдение случаев и общение с персоналом и пациентами. Через комбинирование различных источников методика позволяет нам получить общую оценку качества медицинской помощи и выделить те области, которые представляют собой препятствия для КУ (таблица 1).

Оценка в Казахстане

По данной методике, в марте 2010 года были оценены 15 больниц в 4 областях: Актыбинской, Карагандинской, Южно-Казахстанской и Алматинской. Местные эксперты по оценке проводили анализ совместно с международными экспертами. Детальные комментарии и рекомендации были представлены на местном уровне, а на двухдневном семинаре в Алматы при участии органов здравоохранения, Министерства здравоохранения, представителей научного сообщества и международных партнеров были представлены и обсуждены основные заключения и выводы.

Последовал ряд действий, направленных на «слабые» места. Те же больницы были оценены спустя 14 месяцев местными экспертами по оценке в сотрудничестве с теми же международными экспертами для того, чтобы оценить изменения и выявить барьеры и сопутствующие факторы. Выводы показали значительное улучшение в ряде сфер, включая доступность основных лекарств, организацию и руководства по оказанию экстренной помощи и осмотру больных. Однако было обнаружено незначительное улучшение или отсутствие такого в области лечения острых и хронических заболеваний, таких как пневмония, астма и анемия, а также в сфере информации, которая предоставляется матерям (таблица 2). Это повлекло за собой дальнейшие мероприятия как на местном, так и на

страновом уровне.

Там, где проводимые мероприятия были более интенсивными, например, в организации экстренной помощи и лечении, результаты стали очевидны спустя относительно короткий период времени. Организация больничного ухода и связи с первичной помощью должны быть усовершенствованы для того, чтобы уменьшить уровень госпитализации, а руководящие должны быть включены в до-дипломное обучение. Кураторство должно сочетаться с тренингом для того, чтобы обеспечить следование рекомендациям, а механизмы финансирования должны быть пересмотрены для того, чтобы избежать поощрения несоответствующих практик, как, например, излишняя госпитализация, и поддержать действенные практики, как, например, снижение показателя госпитализации, краткосрочное пребывание и надлежащее использование лекарств.

Дальнейшее развитие

Для обеспечения качества больничного ухода как для матерей, так и для детей, необходимо, чтобы все основные составляющие системы здравоохранения были на своих местах, поскольку качество не может быть достигнуто, если существуют принципиальные недостатки в основных компонентах, таких как менеджмент, людские ресурсы, информационные системы и финансирование (7). Споры о том, что же является наиболее эффективным подходом, все еще не завершены, и лучшие варианты имеют тенденцию различаться в зависимости от системы здравоохранения страны и характеристик ее профессиональных организаций (2).

Наш опыт в нескольких странах ЦВЕ и СНГ показывает, что систематические оценки, направленные на преобразование, проведенные в ряде больниц и сопровождавшиеся неосуждающей поддерживающей коллегиальной экспертизой, способствуют введению мер по улучшению качества на местном уровне и передаче важных указаний на специфические проблемы на национальный уровень. Они также способствуют изменению ментальности и переходу с подхода контроля и наказаний на подход оказания помощи в профессиональном развитии. Оценка также предоставила возможность укрепления потенциала на страновом уровне посредством создания местной команды экспертов по оценке, знако-



Giorgio Tamburlini

Таблица 1.

Основные характеристики методики ВОЗ по систематической оценке качества больничной помощи детям
1. основана на международных стандартах (4)
2. охватывает все основные области педиатрической помощи
3. собирает информацию из 4-х основных источников
4. определяет «проблемные» области с помощью полуколичественного метода вычисления
5. основана на независимой оценке специалистов
6. лояльна и направлена на определение действий для улучшения ухода
7. вызывает изменения как на местном, так и на национальном уровне
8. может использоваться для подходов внутренней оценки и улучшения качества, а также для систем официальной аккредитации на государственном уровне

Таблица 2.

Качество оказания больничной помощи детям в Казахстане. Выборка 15 больниц в 4 областях: Основные области оценки и изменения в 2010–2011 гг.
• <i>Инфраструктура</i> : значительно улучшена во многих больницах, в других проводится ремонт или строительство новых зданий
• <i>Оборудование, лекарства и снабжение</i> : значительно улучшены в большинстве больниц
• <i>Экстренная помощь и осмотр больных</i> : значительно улучшены в большинстве больниц
• <i>Ведение распространенных болезней</i> : улучшение незначительно или не произошло: все еще неактивное применение клинических руководств, излишняя госпитализация и длительное пребывание в больнице, полипрагмазия
• <i>Поддерживающий уход, включая питание</i> : незначительное улучшение: все еще недостаточное внимание к диетологическим требованиям
• <i>Уход, дружелюбный матерям и детям</i> : некоторое улучшение, все еще недостаточно информации для матерей и внимания к процедурам, позволяющим избежать причинения ненужной боли и стресса

мых с принципами и методологией и способных в настоящий момент производить дальнейшие оценки или участвовать в их проведении.

В октябре 2010 года Международное совещание по вопросам улучшения педиатрической больничной помощи состоялась в Ереване, Армения, с целью обмена опытом, полученным в Европейском регионе (8). На совещании подчеркивалась важность обеспечения технической поддержки Министерством здравоохранения в создании местного потенциала для проведения систематических оценок качества больничной помощи детям, внедрения международных руководств в до- и после-дипломное образование, поддерживающего кураторства и вне-

дрения концепций по улучшению качества ухода, а также использования мирового опыта, приобретенного ВОЗ к настоящему времени (9).

Благодарности:

Оценочная команда в Казахстане: Marzia Lazerrini, Giorgio Tamburlini, Bayan Babaeva, Ilyuz Davletbaeva, Zaure Ospanova, Rymbala Nurgalieva, Maria Golovenko, Polina Slugina, Gaukhar Abuova, Aigul Kuttumuratova.

Источники

1. Cattaneo A, Kumar S, Gafurov I, Bacci M, Tamburlini G. Progress towards the achievement of MDG4 in the Commonwealth of Independent States: uncertain data, clear priorities. Health Research Policy and Systems, 2010, 8:5.
2. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte

- E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. WHO on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Copenhagen, 2008.
3. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A, Ostergren M, Ryumina I, Stasii E, Weber MW, Tamburlini G. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. Lancet. 2006;367(9514):919-25.
4. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources (www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/PB.htm).
5. WHO. Improving the Quality of Hospital Care at First Referral Level. Geneva, Switzerland: World Health Organization/Department of Child and Adolescent Health and Development, 2001.
6. WHO. MPS assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies>, accessed April 26, 2011).
7. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth", Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008. Report http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1.
8. WHO. Intercountry Meeting on Improving Pediatric Hospital Care. Yerevan, Armenia, 19-21 October, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/report-of-the-intercountry-meeting-on-improving-paediatric-hospital-care-lessons-learned.-full-version>).
9. Campbell H, Duke T, Weber M, English M, Carai S, Tamburlini G; Global initiatives for improving hospital care for children: state of the art and future prospects. Pediatrics 2008; 121(4):e984–92

Giorgio Tamburlini

Европейская школа охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков, Триест, Италия tamburli@burlo.trieste.it

ВОСПРИЯТИЕ АКУШЕРОК К КЛЮЧЕВЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Введение

В недавнем прошлом во всём мире существовала единая практика родовспоможения. Роды расценивались как болезнь, требующая медицинского вмешательства, предусматривающая долгое пребывание в стационаре и отлучение от семьи, назначение постельного режима, разделение матери и ребёнка, и излишнее использование лекарственных средств и медицинских вмешательств. Но шло время, и практика в разных странах стала кардинально меняться. Новые подходы, основанные на принципах доказательной медицины, пришли намного раньше в скандинавские страны - их показатели значительно улучшились и разительно отличались от других. Медицинские работники в других странах задались вопросом: Что происходит в этих странах? Что они делают по-другому? Какие технологии используют? К нам пришло понимание, что надо быть лучше, и постепенно появилось желание изменить практику в наших странах, в том числе и в Казахстане.

В связи с этим, Европейское региональное бюро ВОЗ, озобооченное высокими показателями заболеваемости и смертности матерей и новорождённых в регионе, инициировало внедрение стратегии «Обеспечение безопасной беременности» с проведением обучающих курсов «Эффективный перинатальный уход и помощь». Данный курс проводился с применением командного подхода, где впервые все участники родового процесса - акушер-гинеколог, акушерка, неонатолог и детская медсестра - обучались вместе. Обучение предусматривало не только пересмотр практики медицинских работников по оказанию перинатальной помощи в свете современных подходов, но и повышение роли акушерки в ведении физиологических родов. Для нас было нововведением, что в составе фасилитаторов были не только акушер-гинеколог и психолог, но и акушерка.

Новая роль акушерок

Раньше считалось, что акушерка является просто исполнителем назначений врача, и она не должна задаваться вопросом, что, как, зачем и для чего она это делает. Акушерке не позволялось использовать свои навыки и знания, которыми она обладала после получения профессионального образования. Но в действительности, акушеркам есть что сказать и чем поделиться, и

они хотели бы иметь возможность обсудить те или иные ситуации с доктором и участвовать в принятии решений при ведении физиологических родов. Акушерки понимают, что заботит и беспокоит женщин, так как они находятся рядом с женщинами на протяжении беременности и родов. Поэтому, мы приняли с большим энтузиазмом предлагаемые ВОЗ подходы по усилению роли акушерки в ведении родов, и активно обучались новой практике.

Тем не менее, изменение практики не произошло в одночасье. После участия в семинарах, нам потребовалось время для понимания эффективных перинатальных технологий. «Моя практическая деятельность началась много лет назад», делится своими впечатлениями акушерка с восемнадцатилетним стажем Елена Тыртышная:

«С какой гордостью я говорила родственникам, что у нас родильный дом «закрытого типа». Тогда я еще не принимала семью как единое целое. Мне казалось, что меня касается только мама, и даже ребёнок был вне поля моего зрения. Женщина была одна со своими страхами и болью. Я не понимала, почему пациентки просили меня не оставлять их одних в предродовой, и что страшного могло с ними произойти, ведь мы находились поблизости, и при необходимости могли прийти. Казалось, что мы самые главные в процессе родов, что роды - это медицинская процедура, и без нас женщина не родит. Но после обучения, я узнала, что существует другая

практика ведения родов. На родах присутствует родной человек; он или она поддерживает, помогает, утешает, сопереживает, радуется вместе с женщиной. Ребенка рожают не врачи и не акушерки, его рождает собственная мама. И для этого, женщина должна мобилизовать все свои моральные и физические силы, что требует от нее полной самоотдачи».

В настоящее время для соблюдения приватности, комфорта и санитарно-эпидемиологической безопасности целесообразно, чтобы роды проходили в индивидуальной родовой палате, которая по уровню комфорта приближена к домашним условиям, но где имеются все условия для оказания экстренной медицинской помощи. Все женщины испытывают боль во время родов, но она выражается по-своему, и зависит от индивидуальных особенностей женского организма. Важным фактором для минимизации боли является эмоциональная поддержка женщины до, во время и после родов, как близкими людьми, так и медицинским персоналом. От боли женщину могут отвлечь управление дыханием, умение расслабиться, различные приёмы массажа, смена положения в родах, использование музыки. Но наиболее значимым фактором в эмоциональной составляющей процесса родов является присутствие родного человека. Поэтому, психопрофилактическая подготовка к родам начинается во время беременности. Успокоить беременную женщину, ро-





Irina Stepanova



Yulia Korsunova



Nurbakhyt Narikbayeva



Maya Kasymova

женщину, роженицу позволяет уважительное отношение к ней и ее семье со стороны медицинского персонала. В процессе консультирования пациентки и родственников следует использовать доступную лексику, разговаривать спокойно, соблюдать принцип конфиденциальности с учетом культурных и религиозных взглядов. Одна из целей психопрофилактической подготовки - научить женщину переключать внимание с болевых ощущений на что-либо другое, например, правильное дыхание. Такой самоконтроль дает возможность легче перенести роды. Подготовка направлена на устранение отрицательных эмоций, страха перед родами и болью, что позволяет снизить количество применяемых анальгетиков. Присутствие на родах поддерживающего лица, по возможности прошедшего подготовку вместе с женщиной, позволяет легче перенести сложный родовой процесс. Все это мы научились на курсах ВОЗ. Мы видим, как счастливы женщины, и это придает нам уверенности в собственных силах во внедрении эффективных перинатальных технологий.

Изменение практики родовспоможения

С древних времен женщины рожали в удобном для них положении. Наиболее распространёнными и удобными альтернативными позициями были положение на коленях, на корточках, сидя, стоя и т.д. В 16 веке хирурги начали проводить акушерские вмешательства, заменяя роль акушерок. Женщины стали считать, что медицинские работники могут улучшить естественный ход родов. В последующем, в практику вошли такие технологии, как щипцы и анестезия в родах, что также привело к ограничению выбора положения. Стало привычным принимать роды в положении на спине, тем более, что это было удобным для медицинского персонала, так как при таком положении им было легче выслушивать число сердечных сокращений плода, проводить вагинальные исследования, наблюдать за промежностью и защищать ее, накладывая щипцы или вакуум в случае осложнений.

Несмотря на это, в 60-е годы женщины выразили желание контролировать свое положение тела в родовом процессе. Медицинские специалисты начали понимать и приветствовать альтернативные положения в родах, ввиду по-

явления четких доказательств преимуществ других позиций, как в первом, так и во втором периоде родов. Это включало предотвращение нарушения маточно-плацентарного кровообращения; снижение риска развития дистресса плода; помощь женщине для ощущения свободы и уверенности в собственных силах, и увеличения удовлетворенности от самого процесса родов.

Сегодня во многих развитых странах женщины информированы о выборе положения в родах. Женщины и их семьи обучаются выбору и смене положения на курсах, школах подготовки к родам. Технология, позволяющая женщине свободно выбирать позицию в родах, включена в обучающий курс ВОЗ «Эффективный перинатальный уход и помощь», и рекомендуется для применения в практике как безопасная, эффективная и не требующая материальных затрат. Каждой женщине в родах необходимо предлагать выбрать ту позицию, которую она считает для себя наиболее удобной, приемлемой. Во втором периоде родов роженицу не следует заставлять занять положение навзничь, или полулежа на животе. Лучшее положение в родах – это то, которое женщина выбирает для себя сама. Акушерка информирует женщину о возможных положениях и их преимуществах, предлагает попробовать различные варианты, помогая роженице определить, какое положение является для нее наиболее комфортным в данной ситуации.

Таким образом, задачи, возложенные на акушерку, значительно поменялись. Ушло из практики выполнение многих ненужных, зачастую даже опасных для жизни женщины и плода процедур. Теперь одним из основных обязанностей акушерки стало консультирование женщины и семьи по различным вопросам, касающимся современных технологий, используемых в родах. К сожалению, в то время, когда мы получили базовое медицинское образование, нам не преподавали основы методики консультирования. Этому мы научились на курсах ВОЗ. В нашей практике очень важно понимать и слышать. Чаще всего мы не умеем подобающим образом разговаривать с пациентом и доносить до него или нее необходимую информацию. Полученные знания значительно облегчают нашу работу, придают уверенности, и зачастую помогают избежать конфликт-

ных ситуаций. Сегодня нам хочется видеть обучающий курс по консультированию беременных женщин и членов их семей в программах подготовки и переподготовки всех медицинских специалистов.

За свою многолетнюю практическую деятельность мы убедились, что технологии, предлагаемые ВОЗ и используемые в родах, приемлемы и востребованы, в первую очередь, самими женщинами и их семьями. Они являются важнейшей составляющей в работе медицинского персонала, так как удовлетворенность населения медицинскими услугами, сохранение и укрепление здоровья женщины и рождение здорового ребенка являются основными показателями качества нашей работы.

Источники

1. Enkin M et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, Oxford University Press, 2000.

Irina Stepanova
Акушерка,
Клиника “Медлайф”,
г. Пермь, Россия
Step44@yandex.ru

Yulia Korsunova
Акушерка родильного отделения,
Национальный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии, явля-
ется для нее наиболее комфортным в
данной ситуации.
г. Алматы
julicka-76@mail.ru

Nurbakhyt Narikbayeva
Акушерка родильного отделения,
Национальный научный центр ма-
теринства и детства,
г. Астана

Maya Kasymova
Акушерка родильного отделения,
Перинатальный центр Караган-
динской области,
г. Караганда
1886gunner@mail.ru



Что кроется за цифрами: исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности, ВОЗ, 2004 г.

Превосходный набор методологий, предназначенный для медицинских специалистов, должностных лиц, ответственных за планирование в здравоохранении, и руководителей программ, работающих в области охраны здоровья матерей и новорожденных, направленный на понимание причин, приводящих к смерти и осложнениям в целях улучшения качества предоставляемой помощи. Доступно на английском, французском, русском и испанском языках на:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591838/en/index.html



Работа с отдельными лицами, семьями и сообществами в целях улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных, ВОЗ, 2010 г.

Новая публикация в рамках инициативы ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности» для внедрения общего подхода в работе с отдельными лицами, семьями и сообществами в целях улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных, сосредоточив особое внимание на 4 аспектах: наращивание потенциала, рост осведомленности, укрепление взаимосвязей и повышение качества ухода/услуг. Руководство доступно на арабском, английском, французском, русском и испанском языках на:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_fch_rhr_0311/en/index.html



Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушерок и врачей, ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и Всемирный Банк, 2003 г.

Чрезвычайно полезное, доступно изложенное руководство для использования в различных медицинских учреждениях, в условиях высоких и ограниченных ресурсов. Руководство доступно на арабском, английском, французском, индонезийском, итальянском, русском и испанском языках на:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html

Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г.

Данный документ представляет региональную стратегию по улучшению состояния материнского и перинатального здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Доступен на английском и русском языках на:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2008/european-strategic-approach-for-making-pregnancy-safer-2008>

Making Pregnancy Safer: Tool for assessing the performance of the health system in improving maternal, newborn, child and adolescent health, WHO Regional Office for Europe, 2009 (Обеспечение безопасной беременности: инструмент для оценки работы системы здравоохранения в области улучшения материнского здоровья, здоровья новорожденных, детей и подростков, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г.)

Данный документ предназначен для медицинских работников, должностных лиц, ответственных за планирование здравоохранения, и руководителей программ. Документ предоставляет инструмент по оценке и определению путей улучшения здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков. Документ доступен на английском языке на:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98795/E93132.pdf



Обеспечение безопасной беременности: инструмент по оценке качества стационарной помощи матерям и новорожденным, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г.

Полезный инструмент, который может использоваться при внедрении стратегий, направленных на улучшение перинатального здоровья. Документ доступен на английском и русском языках на:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2.html>



Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков», Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г.

Данный документ предоставляет всеобъемлющую информацию по разработке стратегии в указанной области, основываясь на доказательствах и побуждая страны и регионы устанавливать свои собственные цели и показатели. Стратегия основана на многоотраслевом подходе с точки зрения полного жизненного цикла. Предлагаемый инструментариум по внедрению стратегии состоит из инструмента действий, оценки, информации и гендерного инструмента. Руководство доступно на английском и русском языках на:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2005/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development>



IMCI information package, WHO; UNICEF, 1999 (Информационный пакет по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ), ВОЗ, ЮНИСЕФ, 1999 г.)

Документ содержит краткий обзор, принципы и составляющие части стратегии ИВБДВ, описание клинического обучения медицинских работников, способы повсеместной реализации и приоритетные области исследований. Также предоставлено описание процесса внедрения стратегии ИВБДВ в стране и процесса адаптации клинических руководств ИВБДВ. Документ доступен на английском языке на:

http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/chs_cah_98_1a/en/index.html



IMCI Computerized Adaptation and Training Tool (ICATT) (Компьютерное программное приложение по внедрению и обучению интегрированному ведению болезней детского возраста, ВОЗ, 2010 г.)

Компьютерное программное приложение, основанное на существующем стандартном курсе обучения интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ). Данная программа помогает претворять в жизнь руководящие принципы ИВБДВ, предлагая возможность перевода на различные языки. Руководство доступно на английском языке на:

<http://www.icatt-training.org/>



Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям: руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов, ВОЗ, 2005 г.

Карманный справочник предназначен для медицинских работников, отвечающих за оказание помощи детям раннего возраста в стационарах. Содержит современные клинические рекомендации по стационарному ведению случаев болезней, составляющих основные причины детской смертности, таких как пневмония, диарея, тяжелое нарушение питания, малярия, менингит, корь, ВИЧ-инфекция и сопутствующие им состояния. Руководство доступно на английском, французском, португальском и русском языках на:

http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700/en/

Entre Nous

*Европейский журнал по сексуальному
и репродуктивному здоровью*

Отдел неинфекционных заболеваний
и укрепления здоровья

Сексуальное и репродуктивное здоровье
(включая «Обеспечение безопасной беременности»)

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Тел: (+45) 3917 1717

Факс: (+45) 3917 1818

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous