



---

Поддержка охраны  
здоровья матери и ребенка  
в Казахстане

---





**Всемирная организация  
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

# Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане



---

## РЕЗЮМЕ

Ежегодно жизни тысяч казахских младенцев и детей младше 5 лет обрываются из-за преждевременных смертей. Можно было бы спасти многих из них за счет использования простых средств и методов, равно как и предотвратить значительную долю летальных исходов у тех женщин, которые умирают в родах.

Осуществляемый при поддержке Европейского Союза (ЕС) и ВОЗ проект направлен на улучшение системы охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане и оказание помощи Министерству здравоохранения Казахстана в достижении Целей тысячелетия в области развития.

---

### Ключевые слова

MATERNAL WELFARE

CHILD WELFARE

MATERNAL MORTALITY - PREVENTION AND CONTROL

INFANT MORTALITY - PREVENTION AND CONTROL

INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS

KAZAKHSTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

## © Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей.

Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Этот документ издается при финансовой поддержке Европейского Союза. Мнения, выраженные в данной публикации, необязательно отражают официальное мнение Европейского Союза.

## Содержание

<b>Введение: спасение жизней женщин и детей .....</b>	<b>1</b>
<b>Предыстория.....</b>	<b>3</b>
<b>Как добиться изменений к лучшему.....</b>	<b>5</b>
<b>Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ): сокращение дистанции между пациентом и врачом .....</b>	<b>8</b>
<b>ИВБДВ: внимательное и доброжелательное отношение к ребенку при медицинском уходе.....</b>	<b>11</b>
<b>Что кроется за цифрами: устраняя барьеры страха.....</b>	<b>14</b>
<b>Оптимальные возможности для выживания каждого ребенка.....</b>	<b>16</b>
<b>Переходя на более высокую ступень .....</b>	<b>19</b>



## Введение: спасение жизней женщин и детей

Ежегодно жизни тысяч казахских младенцев и детей младше 5 лет обрываются из-за преждевременных смертей. Можно было бы спасти многих из них за счет использования простых средств и методов, равно как и предотвратить значительную долю летальных исходов у тех женщин, которые умирают в родах.

Осуществляемый при поддержке Европейского Союза (ЕС) и ВОЗ проект направлен на улучшение охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане и оказание помощи Министерству здравоохранения республики Казахстан в достижении Целей тысячелетия в области развития.

Показатели младенческой и неонатальной смертности в Казахстане в несколько раз превышают соответствующие уровни в странах Европейского Союза. Ежегодно в Казахстане умирают свыше 5000 детей младше 5 лет, около 2500 из которых являются новорожденными, главным образом вследствие перинатальных состояний, инфекций, травм и пороков развития. По расчетным данным ВОЗ, жизни примерно одной трети этих детей можно было спасти, воспользовавшись простыми средствами и методами.

Ежегодно свыше 100 женщин умирают по причине кровотечений вследствие агрессивного ведения женщин при рождении ребенка, осложнений при абортх и экстрагенитальной патологии. Многие из этих смертей можно избежать путем замены агрессивных клинических методов ведения простыми, доказательными, экономически эффективными и действенными инструментами.

Проект «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане» был запущен в августе 2009 г. сроком на два года. Основная цель проекта заключается в улучшении качества медобслуживания беременных женщин, матерей, новорожденных и детей, и как следствие этого, в оказании помощи правительству Казахстана в достижении Целей тысячелетия в области развития. В частности, предусмотренные проектом мероприятия ставят во главу угла Цели 4 и 5, связанные со снижением детской смертности и повышением уровня здоровья матерей. Ввиду ограниченных финансовых средств, проект осуществляется лишь в трех пилотных областях – Южно-Казахстанской, Карагандинской и Актюбинской. Приобретенный пилотными регионами опыт найдет применение в будущем в качестве конкретных примеров надлежащей практики и будет заимствован остальными территориями.

В проекте предусмотрены четыре основных направления работы:

- оказать поддержку Министерству здравоохранения в разработке и внедрении национальной стратегии по охране здоровья матери и ребенка;
- улучшить непрерывность и качество оказания дородовой и перинатальной помощи и ухода за ребенком путем внедрения обновленных руководств и протоколов по основным заболеваниям и их последствиям;
- улучшить знания и навыки медработников на первичном и вторичном уровнях оказания помощи;
- обеспечить вовлечение в процесс реформирования ключевых заинтересованных сторон и партнеров, включая семьи, сообщества и медработников.

На страницах этого буклета, в основу которого положены результаты среднесрочного анализа проекта, Европейское региональное бюро ВОЗ представляет подробное и яркое описание шести направлений работы по проекту. Региональное бюро выражает благодарность всем участвовавшим сторонам: лицам, формулирующим политику, партнерам и медицинским работникам, а также Европейскому Союзу за финансовую поддержку проекта.



Malin Bring: Новорожденный

## Предыстория

С обретением независимости в декабре 1991 г. объемы финансирования здравоохранения из государственных источников в Казахстане заметно сократились, что сопровождалось ухудшением доступности высококачественных медицинских услуг на всех уровнях.

Несмотря на значительное улучшение ситуации, система здравоохранения Казахстана все еще сталкивается с определенными трудностями. Неформальная оплата медицинских услуг, региональные различия в распределении бюджетных средств на душу населения, отсутствие должной системы стимулирования и поддержки медицинских работников остаются все еще нерешенными проблемами. Организация и доступ к медицинским услугам неодинаковы в городской и сельской местности. Имеет место недостаточная преемственность и связь между службами здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь на первичном и вторичном уровнях.

Качество медобслуживания женского населения Казахстана на разных этапах протекания физиологической беременности и родов все еще не соответствует современным международным научно обоснованным стандартам и рекомендациям ВОЗ. Вопросы выявления и надлежащего ведения осложнений, как и прежде, остаются слабым звеном в этой цепи. В системе перинатальной помощи не предусмотрена этапность



*Malin Bring* Новорожденный



направления на более высокие уровни, включая соответствующее определение задач и методических рекомендаций, наличие адекватного оборудования и медикаментов на каждом уровне обслуживания и выделение транспортных средств. Все эти аспекты тормозят процесс улучшения в стране охраны материнства и перинатальной помощи.

По этой причине цель проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане» заключается в улучшении качества и непрерывности охраны материнства и детства до уровня международных стандартов, в осуществлении рационального использования имеющихся ресурсов через реорганизацию системы здравоохранения (в первую очередь путем создания эффективной системы направления пациентов на более высокие уровни оказания помощи), а также в активизации вовлечения местного населения. Все три элемента играют важнейшую роль в совершенствовании работы служб здравоохранения и снижении материнской и младенческой смертности и смертности среди детей до 5 лет в Казахстане.



## Как добиться изменений к лучшему

Курс обучения ВОЗ по эффективной перинатальной помощи, предназначенный для акушеров, врачей и медсестер, имеет целью предложить аудитории по-новому осмыслить устоявшуюся практику и привычный образ мышления. Выполняемая при этом задача связана с доведением качества помощи до уровня современных научных знаний.

В Казахстане качество помощи, предоставляемой беременным и роженицам и их новорожденным детям, по-прежнему не соответствует рекомендациям ВОЗ. В равной степени это касается и потенциала медперсонала должным образом выявлять и купировать осложнения. Беременных женщин нередко без всяких оснований кладут в больницу, где им назначают излишнее лекарственное лечение. Акушерские осложнения происходят вследствие устаревших знаний и неудовлетворительных навыков поставщиков медицинских услуг. Еще одним способствующим фактором является отсутствие доказательных клинических протоколов.



*Malin Bring:* Гельмиос Шюппинкас

Поэтому, одна из основных целей проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане» сводится к укреплению теоретических знаний и практических навыков отечественных медработников. Рассчитанный на 8 дней учебный курс по эффективной перинатальной помощи (ЕРС) обеспечивает совместное обучение врачей-акушеров, акушерок, неонатологов и медсестер и знакомит слушателей с конкретными примерами надлежащей практики, которая соответствует не только принципам доказательной медицины, но и рекомендациям ВОЗ.

«Все, чему мы обучаем, главным образом сводится к ориентации всего комплекса помощи на интересы семьи и доказательные данные, а также к необходимым базовым, низко затратным вмешательствам», – говорит акушер и адъюнкт-профессор Гельмюс Шюпшинкас, руководитель учебного курса, вместе с двумя другими международными экспертами и семью отечественными тренерами.

На полпути реализации проекта учебный курс ЕРС уже состоялся в двух пилотных учреждениях. К моменту завершения проекта в 2011 г. курс планируется провести на всех трех пилотных территориях наряду с серией последующих семинаров примерно по истечении шести месяцев после этого.

Гельмюс Шюпшинкас поясняет, что курс состоит из двух частей: одна неделя посвящена изучению теоретических аспектов, в том числе в формате общих занятий, разбору конкретных случаев и проведению ролевых игр, а также предусмотрено одно практическое занятие, во время которого слушателям курса необходимо продемонстрировать на практике вновь приобретенные доказательные навыки. Во вторую неделю начинается практика в обычном, действующем роддоме с переоформления родильных залов, чтобы обстановка была более приятной и уютной. Оттуда выносятся все предметы, без которых можно обойтись, а гинекологические кресла либо сдвигаются в угол и прикрываются, либо вообще удаляются.

Далее в составе отдельных бригад участники готовятся к принятию первых родов. Поскольку один из ключевых моментов учебного курса ЕРС предусматривает повышение уровня квалификации акушерки, фасилитаторы договариваются с руководством стационара и слушателями о следующем: «В течение учебного курса акушерки занимаются ведением всех физиологических родов. Врач-акушер вмешивается в процесс только тогда, когда возникают отклонения от физиологического процесса деторождения», – говорит Гельмюс Шюпшинкас.

Составленные участниками планы действий – это еще один важный момент в рамках учебного курса ЕРС. Чтобы полученные на курсе новые знания приносили в дальнейшем ощутимые результаты, слушателям предлагается выбрать для себя рассмотренные на занятиях методики, которые они хотели бы претворить в жизнь в своей повседневной деятельности. Затем их просят расставить эти методики в порядке предпочтения и определить сроки их осуществления на практике. На дальнейшем этапе, который следует за первым учебным занятием, проводится оценка хода работы по выполнению планов действий и намечаются очередные шаги по улучшению ситуации.

В сущности, учебный курс ЕРС поощряет участников к тому, чтобы они переосмыслили уже устоявшуюся практику и отказались от некоторых приемов, которые они ранее считали подходящими, – поясняет Гельмюс Шюппинкас. «Наша главная задача состоит в том, чтобы они осознали свои возможности в осуществлении перемен», – говорит он.



## Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ): сокращение дистанции между пациентом и врачом

Тщательно следуя советам медсестры, пятилетний Руслан дышит при помощи распылителя, сделанного из большой пластиковой бутылки. Рядом с ним его мама, которая внимательно выслушивает советы медсестры.

По мнению педиатра Полины Слугиной, данная ситуация может служить хорошим примером ИВБДВ в действии.

Маленький Руслан держит обеими руками распылитель с аэрозолью сальбутамола на уровне лица и глубоко дышит в открытую часть дна бутылки. Медсестра помогает ему держать бутылку и следит за временем и правильностью процедуры. Это помогает изнуренному кашлем Руслану свободнее дышать и снижает необходимость возвращения в стационар на лечение, поясняет медсестра и показывает его маме, как повторить процедуру по возвращению домой при помощи обыкновенной пластиковой бутылки.

Эта сцена из работы амбулаторного педиатрического отделения районной Осакаровской больницы Карагандинской области, являющегося рабочим местом районного педиатра и последовательницы ИВБДВ Полины Слугиной.

ИВБДВ – Интегрированное ведение болезней детского возраста, является стратегией разработанной ВОЗ и ЮНИСЕФ, которая в настоящее время используется в более чем 100 странах мира.

«Одно из многих достоинств стратегии, заключается в том, что она учит нас как сократить дистанцию между врачом и пациентом», говорит Полина Слугина.

«Когда я получала медицинское образование, нас только учили, как ставить диагноз и лечить болезнь, в то время как очень многое зависит от того, как мы общаемся с родителями и пациентами».

Целями ИВБДВ являются сокращение числа случаев смерти, болезней и инвалидности и содействие улучшенному росту и развитию детей в возрасте до пяти лет. ИВБДВ включает как профилактические, так и лечебные элементы и обращает внимание на улучшение навыков медицинских работников, а также на улучшение оздоровительных практик, осуществляемых семьями. В противовес более

распространенному методу раздельной диагностики, ИВБДВ является комплексным подходом в охране здоровья детей, принимающим во внимание разнообразие факторов, которые могут угрожать здоровью ребенка. Такой подход основан на наблюдении, что в странах с ограниченными ресурсами дети обычно страдают более чем от одного заболевания в одно и то же время.

Казахстан был первой из стран бывшего Советского Союза, начавшей внедрение ИВБДВ в 1999 г. Карагандинская область начала внедрение стратегии год спустя, являясь одной из двух первых областей. На сегодняшний день стратегия применяется в 5 из 14 областей Казахстана, и примерно 15 - 20% медицинских работников страны прошли обучение ИВБДВ без отрыва от работы. В 2008 г. Министерство здравоохранения решило принять ИВБДВ в качестве интегрированной национальной политики.

Осуществляемый в настоящее время проект Министерства здравоохранения Республики Казахстан, ЕРБ ВОЗ и ЕС “Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане”, занимается последующим внедрением стратегии в трех регионах, обращая особое внимание на укрепление системы здравоохранения и обеспечение качественного ухода во время беременности, в родах и детском возрасте.



*Malin Bring:* Руслан и медсестра

Руслан закончил процедуру. Махая рукой медсестре и врачу и держась другой рукой за маму, он покидает больницу с радостным выражением на лице.

Полина Слугина комментирует, что далеко не со всеми пациентами удается достигнуть такого хорошего взаимопонимания. «Многие из моих пациентов очень удивлялись, когда я начинала свою консультацию. Зачастую они соглашались со всем мною сказанным, а потом шли домой, и поступали также как и всегда».

Для решения этой проблемы Полина Слугина решила обратить внимание на старшее поколение. «Я поняла, что сначала мне предстояло убедить бабушек, так как они обладают огромным влиянием в семьях. Как только мне удавалось подружиться с бабушками, я знала, что остальные члены семьи будут слушать то, что они говорят».

Полине Слугиной также пришлось постараться, чтобы убедить некоторых своих коллег в преимуществах ИВБДВ. Она чувствует, что есть врачи, которые не проявляют ни малейшего интереса спуститься с вершины своего авторитета (дословно: со своего высокого коня) и объяснить сложные предметы простым языком своим пациентам. «Благодаря отличным преподавателям, обучившим меня ИВБДВ, я стала понимать, что кажущаяся простота подхода есть только внешняя оболочка, а внутри сосредоточены столетние знания. Медицинский работник должен располагать достаточными знаниями и широкой душой, чтобы просто объяснить сложные вещи».



## ИВБДВ: внимательное и доброжелательное отношение к ребенку при медицинском уходе

«Давать тепло и любовь больным детям для меня самое главное в ИВБДВ», говорит педиатр Шолпан Жуматова, 37 летний педиатр центра ИВБДВ на базе областной детской больницы в городе Шымкенте, Казахстан, после прохождения обучающего курса по использованию подходов ИВБДВ при оказании стационарной помощи детям.

За соседней дверью группа энергичных акушерок и медсестер тренируют правильное положение для грудного вскармливания на кукле-пупсе в натуральную величину, а в смежной комнате сотрудница расставляет на полке разноцветные пластиковые тарелки и чашки и демонстрирует, как обычная кухонная утварь может быть использована в качестве игрушек. Кроме проведения курсов по ИВБДВ центр осуществляет консультирование родителей по уходу за детьми и лучшему стимулированию детей в домашних условиях, например, используя недорогую домашнюю утварь в качестве игрушек.

Шолпан Жуматова уже давно знакома с ИВБДВ. Кроме работы педиатром в больнице, она иногда работает преподавателем центра и ведет курсы по ИВБДВ для сотрудников первичного уровня здравоохранения. Несколько недель назад она углубила свои знания, посетив пятидневный курс на тему внедрения ИВБДВ в больничные уход за детьми. Обучение было



©Malin Bring: Дети на больничной койке



организовано ЕРБ ВОЗ, в рамках совместного двухгодичного проекта с ЕС «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане».

«Даже не смотря на то, что я была знакома с основными идеями, я была поражена, насколько полезной оказалась полученная информация», говорит она.

Пять дней курса были заполнены презентациями, видеофильмами, клиническими случаями и практическими сессиями по тому, как обеспечить правильную оценку, своевременную и квалифицированную помощь и лечение пациентов в соответствии с лучшими научно обоснованными практиками.

На протяжении всего курса участники обсуждали и сравнивали свою собственную практику работы с руководствами ИВБДВ, зачастую признавая случаи «излишней классификации» и чрезмерного медикаментозного лечения в своих больницах. Изменение своего профессионального отношения в сторону более дружественного и внимательного к детям подхода являлось другим элементом курса, таким образом, обеспечивая связь с рекомендациями по избежанию необоснованных медицинских назначений пациентам.

«Я думаю, что это один из самых важных аспектов ИВБДВ – пытаться создать для детей самые лучшие условия и подарить им свою любовь».

Она очень ценит Карманный справочник «Оказание стационарной помощи детям» полученный участниками курса, который знакомит с современными клиническими рекомендациями, адаптированными к потребностям страны.

Изданный ВОЗ учебник карманного формата сосредотачивает внимание на болезнях, являющихся основными причинами детской смертности и на их лечении, в соответствии с руководящими принципами ИВБДВ.

Тот факт, что допустимо заглядывать в Карманный справочник или любую другую справочную книгу в присутствии пациента, был в своем роде революцией для нее.

«Одним из принципов, заученных нами в советское время, было то, что мы не должны ударить в грязь лицом перед пациентом», говорит Шолпан Жуматова.

«Спрашивать мнение коллег, если мы были в чем-то не уверены, или смотреть в справочник считалось абсолютно недопустимым. По

прохождении этого курса, я могу свободно обратиться к Карманному справочнику, если я сомневаюсь в назначении или определении симптома. Я чувствую себя уверенной, делюсь с моими коллегами, как знаниями, так и сомнениями».

Сокращение медицинских назначений и процедур не всегда положительно расценивается родителями, говорит Шолпан Жуматова. После многих лет чрезмерного использования лекарств, характерного для Советского периода, некоторые родители полагают, что их дети не получают правильного лечения, если они не получают назначение на анализы и длинный список лекарств.

«У меня было несколько случаев, когда матери жаловались, потому что я посоветовала им держать больного ребенка дома и не давать лекарств. Другие думали, что вымогаю из них деньги, когда я не соглашалась поставить их ребенку укол. В любом случае, такая реакция очень понятна и со временем пройдет», полагает Шолпан.

В 2008 г. Министерство здравоохранения приняло ИВБДВ в качестве интегрированной национальной стратегии, а совместный двухгодичный проект с ЕС и ЕВБ ВОЗ «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», с уверенностью послужит процессу интегрирования подходов ИВБДВ на первичном и вторичном уровнях здравоохранения и их превращения в установленную практику.

Пока Шолпан Жуматова говорила, кофе остыл. Она отодвигает чашку и говорит, что ей пора возвращаться в свое отделение.

«После пятидневного курса ИВБДВ, мне очень хочется поскорей вернуться к работе и начать использовать новый подход. На это потребуется время и нам нужно развивать новые навыки, но со временем мы этого достигнем», говорит она.



## Что кроется за цифрами: устраняя барьеры страха

В течение многих лет подряд страх наказания мешал всяким попыткам разобраться в первопричинах материнской смертности и заболеваемости в Казахстане. В инструменте «Что кроется за цифрами» предлагаются методы конфиденциального расследования таких случаев и создаются предпосылки для принятия необходимых мер в зависимости от полученных результатов.

Предложенный ВОЗ инструмент «Что кроется за цифрами (ЧКЗЦ)» был впервые внедрен в Казахстане в 2004 году. В настоящее время проект «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане» активизирует свою деятельность, связанную с проведением конфиденциальных расследований случаев смерти или инвалидизации женщин при деторождении. Инструмент ЧКЗЦ включает в себя пять аудитов разного типа, пригодных для использования в учреждениях различного профиля, причем все они нацелены на снижение уровня материнской смертности и инвалидности без установления чьей-либо вины. Аудит угрожающих жизни обстоятельств (АУЖО) ориентирован на случаи, когда у женщины отмечались угрожающие жизни осложнения, но она осталась жива.

В рамках этой инициативы бригада в составе отечественных и международных экспертов приняла участие в заседаниях по АУЖО на базе шести пилотных роддомов и представила свои отзывы и рекомендации коллективам специалистов на местах. В этом списке родовспомогательных учреждений был и Национальный научный центр материнства и детства в Астане, где Канат Суханбердиев



*Malin Bring:* Отец и сын

работает акушером. Канат Суханбердиев также является национальным координатором по АУЖО. Он считает, что этот метод сильно повлиял на его работу. Начать с того, что благодаря этому улучшились отношения в коллективе сотрудников родильного отделения.

«Изменилось не только мое отношение к акушеркам, но и характер общения с моими пациентками. Я даже пересмотрел некоторые из моих методов клинической практики», – говорит он. «До внедрения этой методики врачи и акушерки никогда раньше не собирались вместе, чтобы обсудить производственные вопросы. Теперь на таких встречах иногда присутствуют даже санитарки, – поэтому инструмент ЧКЗЦ действительно устранил некоторые барьеры».

Методика ЧКЗЦ была разработана ВОЗ в помощь специалистам в целях более глубокого понимания ситуации со смертностью и заболеваемостью и, тем самым, определения действий, позволяющих предотвращать или не допускать такие исходы. Этот подход, по-видимому, особенно востребован в СНГ, где система здравоохранения была четко ориентирована на выявление и наказание виновных всякий раз, когда медперсонал допускал серьезные просчеты в своей работе. Карательные меры вплоть до увольнения налагались на медработников, по чьей вине имели место случаи материнской и перинатальной смертности или тяжелые акушерские осложнения у пациентки. Под страхом потери рабочего места или серьезного вреда профессиональной карьере многие врачи, медсестры и акушерки пытаются скрыть свои ошибки, внося заведомо ложную информацию в медицинскую документацию. Это обстоятельство мешает выяснению истинных причин неблагоприятного развития событий.

В отличие от этого, подход с позиции ЧКЗЦ способствует формированию доверительной атмосферы, при которой коллеги по работе заявляют о своих просчетах без страха быть наказанными. Вместе с тем, как утверждает Канат Суханбердиев, этого невозможно добиться в одночасье: «Потребовалось немало времени, чтобы убедить моих коллег в отделении в том, что теперь действительно не стоит бояться наказания, к тому же абсолютно необходимой в этом плане является поддержка руководства учреждения». Он считает, что создание сплоченной команды – это еще один важный момент, равно как и сохранение достигнутого уровня энтузиазма: «Я посвятил столько времени и сил методике ЧКЗЦ, что это, возможно, стало делом моей жизни».



## Оптимальные возможности для выживания каждого ребенка

С разных сторон зала заседаний присутствующие специалисты здравоохранения, представители руководства больницы и областной администрации выдвигают свои аргументы, обсуждая новую систему направления больных на более высокие уровни оказания помощи на территории области. Тем не менее, несмотря на явные разногласия постепенно возникает консенсус: система оказания помощи учреждениями соответствующего уровня представляет собой правильное направление в сторону снижения материнской и младенческой смертности в Казахстане.

Термин «оказание перинатальной помощи учреждениями соответствующего уровня» характеризует метод, согласно которому действующие службы оказания помощи территориально распределены таким образом, чтобы обеспечить необходимый объем медобслуживания на базе учреждения соответствующего уровня для каждой беременной женщины и новорожденного ребенка. Родовспомогательные учреждения предоставляют свои услуги на трех уровнях: первый уровень занимается физиологически протекающей беременностью и практически здоровыми новорожденными; второй отвечает за ведение беременных женщин с умеренным риском; а третий представляет собой региональный специализированный центр



*Malin Bring:* Меруерт Зиябекова

с отделением интенсивной терапии для новорожденных. Концентрация всех младенцев высокого риска на третьем уровне оказания помощи позволяет создать там необходимый потенциал специалистов с тем, чтобы у каждого ребенка были оптимальные шансы на выживание. К тому же, создается система этапности направления пациентов на более высокие уровни с четкими критериями, определяющими тип учреждения для приема рожениц, относящихся к разным категориям риска, а также порядок их транспортировки с одного уровня на другой.

Система оказания перинатальной помощи учреждениями соответствующего уровня была официально внедрена в 2008 г., а ее претворение в жизнь началось в 2009 г. на территории Южно-Казахстанской области. Данное рабочее совещание является третьим по счету в серии семинаров, организованных Европейским региональным бюро ВОЗ в названной области. Поскольку благодаря этому подходу улучшилась организация медобслуживания и исходы ведения младенцев и родильниц, Министерство здравоохранения приняло решение распространить принцип этапности оказания помощи на всю территорию страны.

Условия пребывания в родильном отделении говорят о том, что этот процесс действительно пошел, но все же потребуются какое-то время для отработки данного подхода. Родильный дом является учреждением третьего уровня, однако несколько послеродовых палат оказались переполненными, что говорит о поступлении туда слишком большого числа женщин без достаточных на то медицинских показаний.

Меруерт Зиябекова только что родила мальчика, который сейчас спит рядом с ней в одной из тесных послеродовых палат. Она жена фермера, и ей не более 25 лет, но она уже мать четверых детей. Первые трое детей родились в роддоме по месту жительства, но на этот раз были некоторые осложнения, из-за которых она была направлена в региональный центр. Она рада, что ей предоставили эту возможность: «Даже несмотря на то, что здесь тесновато, местный персонал проявляет большую заботу обо всех, и если возникает проблема, они знают, как ее решать», – говорит она.

Дискуссия с участниками семинара продолжается за столом. Мадина Кокенова, главврач второго родильного дома в Шымкенте, считает, что проект осуществляется слишком поспешно, но подход снизу-вверх носит положительный характер: «Не все еще поставлено на свои места, и важно, что администрация прислушивается к нашим потребностям как работников, сталкивающихся с повседневной реальностью», – замечает она.

Лейла Укибаева, главный акушер-гинеколог Южно-Казахстанского областного управления здравоохранения, полна энтузиазма: «Это революционный процесс, и на начальном этапе многие опытные специалисты были настроены скептически, но сейчас уже не осталось явных противников такого подхода», – отмечает она.

Один из фасилитаторов семинара неонатолог Аудриус Мачюлявичюс отмечает, что в области действительно все стало меняться: «Уже есть заметные улучшения, и мы вправе рассчитывать на радикальные изменения к лучшему в статистике материнской и младенческой смертности через один-два года».



## Переходя на более высокую ступень

От улучшения принятой в отделении практики ВОЗ переходит к более системно ориентированному подходу. Новая методика стимулирует все вовлеченные категории персонала от медсестер и врачей до организаторов и политиков к тому, чтобы не просто переосмыслить свою роль на конкретном рабочем месте, а приступить к анализу сильных и слабых сторон всей системы.

«Благодаря этому семинару мы переходим на новую, более высокую ступень», – констатирует Гуль-айша Ерназарова, главврач Туркестанского роддома. Она недавно участвовала в двухдневном рабочем совещании по пересмотру национальной стратегии Казахстана и находится под большим впечатлением от новой концепции.

В первые годы претворения в жизнь программа ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности» (ОББ) и стратегия ИВБДВ были в основном нацелены на обучение специалистов здравоохранения и преобразование устоявшейся клинической практики и руководств на производственном уровне. Менее успешные и последовательные усилия предпринимались в целях совершенствования деятельности в области лекарственного обеспечения, поддерживающего кураторства и регулярного мониторинга после обучения на курсах.

Первые шаги по усилению системы здравоохранения были сделаны в рамках осуществления стратегии ИВБДВ в 2005 г., когда заинтересованные стороны на местах при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ провели аналитический обзор ситуации и составили план действий по активизации поддержки системы здравоохранения в целях реализации намеченной программы.

По истечении нескольких лет, когда результаты усилий в первые годы позволили органам и учреждениям здравоохранения ощутить уверенность в своих силах, Региональное бюро приступило к реализации системного подхода. Первый шаг был сделан в г. Катанья в 2008 г., где на совещании ведущих экспертов ВОЗ был предложен общеевропейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности<sup>1</sup>. Сведенные вместе ранее предложенные компоненты ОББ определяют некоторые принципы и ключевые аспекты и служат руководством

---

<sup>1</sup> Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: Улучшение материнского и перинатального здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 ([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/\\_recache](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/_recache), accessed 31 March 2011).





*Malin Bring: Две матери*

для стран в деле развития или пересмотра национальной политики совершенствования охраны здоровья матерей и новорожденных в свете реформирования системы здравоохранения.

Задача очередного шага состояла в создании методики проведения в жизнь нового стратегического документа, то есть инструментария для оценки эффективности работы системы здравоохранения<sup>2</sup>. Этот инструментарий помогает заинтересованным сторонам и партнерам находить слабые места и намечать приоритетные направления работы в отношении системы организации медобслуживания, а также планировать, устанавливать сроки и определять лица, ответственные за реализацию этих усилий.

«Сама идея в связи с этим методом заключается в том, чтобы участники процесса понимали все шаги, необходимые для реализации на практике намеченного преобразования», – заявляет педиатр и эксперт ВОЗ Джорджио Тамбурлини, который является одним из главных «архитекторов» данного метода.

В ходе работы двухдневного семинара в Астане в августе 2009 г. около 40 участников, начиная от специалистов-медиков и кончая организаторами

2 Making pregnancy safer – Tool for assessing the performance of the health system in improving maternal, newborn, child and adolescent health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-tool-for-assessing-the-performance-of-the-health-system-in-improving-maternal,-newborn,-child-and-adolescent-health>, accessed 24 February 2011).

здравоохранения и политиками, вначале трудились над пересмотром национальной стратегии Казахстана, а затем занялись методикой оценки. Это рабочее совещание было составной частью проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане».

Работая по группам и используя метод оценки эффективности, участники уточнили пробелы и препятствия на пути улучшения ситуации и затем определили несколько приоритетных направлений деятельности, обсудили необходимый объем мероприятий, определили ответственных за эти мероприятия и установили реальные сроки осуществления всего процесса.

«Это были животрепещущие вопросы, но нам удалось обсудить их конструктивным образом», – отметила старший эксперт Министерства здравоохранения Магрипа Ембергенова в конце двухдневного периода работы. «Практическое упражнение такого рода помогает людям сформировать общую точку зрения».

В феврале 2010 г. этот процесс имел продолжение в форме проведения в Астане второго совещания заинтересованных сторон с участием представителей государственных учреждений и международных организаций. На совещании круглого стола состоялась дальнейшая дискуссия, и были разработаны рекомендации по эффективному сотрудничеству в будущем.





## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

### Государства-члены

Австрия	Монако
Азербайджан	Нидерланды
Албания	Норвегия
Андорра	Польша
Армения	Португалия
Беларусь	Республика Молдова
Бельгия	Российская
Болгария	Федерация
Босния и Герцеговина	Румыния
Бывшая югославская Республика	Сан-Марино
Сербия	Сербия
Македония	Словакия
Венгрия	Словения
Германия	Соединенное
Греция	Королевство
Грузия	Таджикистан
Дания	Туркменистан
Израиль	Турция
Ирландия	Узбекистан
Исландия	Украина
Испания	Финляндия
Италия	Франция
Казахстан	Хорватия
Кипр	Черногория
Кыргызстан	Чешская Республика
Латвия	Швейцария
Литва	Швеция
Люксембург	Эстония
Мальта	

Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen  
Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39  
17 18 18 Эл. адрес: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

*«Вопросы охраны здоровья матери и ребенка являются для нас приоритетными. Мы недовольны показателями снижения материнской и младенческой смертности в Казахстане. Мы знаем, что ВОЗ разработала очень эффективные инструменты для решения этих проблем, и поэтому мы решили участвовать в этом совместном проекте».*

**Д-р Тамара Вощенкова,  
Заместитель министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
Астана, август 2009 г.**

*«Европейский союз очень заинтересован в политическом партнерстве и взаимодействии с Казахстаном и странами Центральной Азии по нескольким причинам. Заинтересованность в содействии социальному развитию является одной из причин нашего участия в данном проекте. А здравоохранение является неотъемлемой частью социального развития».*

**Норбер Жустен, Посол,  
Глава Представительства  
Европейского Союза  
в Республике Казахстан**



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

