

120000557 9985 6959 5974 4 5213 679580 0000 4521679585974 45213 67958  
3 67958 5974 452167958974000 452167958 5974 45213 67958 45213 6145877

120000557 9900085 6959 4118 5974  
3 67958 5974 452167958974

120000557 9985 6959 4118 574 4  
3 67958 5974 452167958974000 452

120000557 9900085 6959 4118 5974  
3 67958 5974 4521679589740

59 67958 5974 42167958974000  
1 20000557 9900085 6959 4118 5974

859 74 452167958974000 74 45210000023

367 95 5974 452167958974000 585974 45213 67958 452 000 1413 6795878  
1887 20000557 9900085 6959 4118 5974

3679 58 5974 452167958974000 597 4 45213 679580000

3 67958 5974 452167958974000 45213 679580000

# ЦИФРЫ И СУДЬБЫ: УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ И НОВОРОЖДЕННЫХ В ЕВРОПЕ



# Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ



**Entre Nous издаётся:**

Отдел страновых систем и политики  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Schermisvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark  
Tel: (+45) 3917 1602  
Fax: (+45) 3917 1818  
E-mail: entrenous@euro.who.int  
www.euro.who.int/entrenous

**Главный редактор**

Dr. Gunta Lazdane

**Редактор**

Dr. Lisa Avery

**Помощник редактора**

Ida Strömgren

**Макет**

Kailow Creative, Denmark.

www.kailow.dk

**Печать**

Kailow Graphic

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Нью-Йорк, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания. Журнал выпускается три раза в год: 3000 экз. на английском, 2000 экз. на испанском, 2000 экз. на португальском, 1000 экз. на болгарском и 1500 экз. на русском языках.

**Entre Nous выпускается:**

**На болгарском языке** Министерством здравоохранения Болгарии в рамках проекта, финансируемого UNFPA;  
**На португальском языке** Генеральным Директоратом здравоохранения, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056 Лиссабон, Португалия;  
**На русском языке** Европейское региональное бюро ВОЗ, Komerfirma S & G;  
**На испанском языке** Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Almagro 36, ES-28010 Мадрид, Испания.

Экземпляры журнала, выходящие на португальском и испанском языках, распространяются непосредственно представителями UNFPA и региональными бюро ВОЗ в португалоязычных и испаноязычных странах Африки и Южной Америки.

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.

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

За информацией о деятельности, поддерживаемой ВОЗ, или за документами ВОЗ просим обращаться по вышеуказанному адресу к Dr. Gunta Lazdane, Отдел страновых систем и политики, T-316. 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

**Редакционная статья**

*Daisy Mafubelu*

3

**Что кроется за цифрами: методологии расследования случаев материнской смертности для обеспечения безопасной беременности**

*Gwyneth Lewis*

4

**Реализация методологии “Что кроется за цифрами” в Европейском регионе: предпринимаемые шаги, проблемы, успехи, и где мы находимся в настоящее время**

*Alberta Bacci*

6

**Игра цифр: сбор данных по материнскому и неонатальному здоровью в странах Европейского региона ВОЗ**

*Lisa Avery*

8

**Улучшение качества перинатального ухода в Республике Молдова в результате проведения конфиденциальных расследований**

*Petru Stratulat, Jason Gardosi, Ala Curtaneau, Tatiana Caraus, Victor Petrov*

10

**Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности: каким образом они способствуют повышению качества медицинской помощи в Европейском регионе**

*James Drife*

12

**О мерах по снижению материнской смертности в Восточной Европе и Центральной Азии: региональная конференция, посвященная Целям Развития Тысячелетия**

*Rita Columbia, Raquel Wexler*

14

**Голоса матерей: Что можно узнать от семей и матерей, которые выжили после угрожающих жизни осложнений или познали утрату. Может ли такое случиться в вашей стране?**

*Alberta Bacci*

16

**Доступ к услугам по улучшению репродуктивного здоровья в Украине: что мы узнали от поставщиков услуг**

*Iryna Mogilevkina, Nikolay Shpatusko, Natalia Morozova, Alexander Kulik, Vyta Senikas, Liette Perron, Andre Lalonde*

18

**Почему показатель материнской смертности в Республике Молдова “относительно низкий”? От анализа данных статистики - к поведению, определяющему обращаемость за медицинской помощью**

*Oxana Gavrilita*

20

**Тяжелые материнские осложнения: опыт Норвегии в области анализа потенциально опасных случаев**

*Babill Stray-Pedersen*

22

**Введение методики конфиденциальных расследований случаев материнской смертности в Республике Казахстан: предварительные результаты**

*Gaukhar Abouva, Talshyn Ukybasova, Assel Mussagaliyeva*

24

**Проведение исследования случаев угрожающих жизни в Узбекистане: роль приказов**

*Klara Yadgarova, Feruza Fazilova*

26

**Пилотирование исследований случаев, граничивших со смертью в Казахстане: повышение качества охраны здоровья матери**

*Stelian Hodorogea*

28

**Ресурсы**

*Lisa Avery*

30

**РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS:**

**Dr Assia Brandrup-Lukanow**

Старший советник сети *Health Matrix Network*, Штаб-квартира ВОЗ, Женева

**Mr Bjarne B. Christensen**

Генеральный секретарь, Датская ассоциация планирования семьи

**Dr Evert Ketting**

Старший научный сотрудник Radboud University Nijmegen Кафедра общественного здоровья

**Dr Helle Karro**

Профессор, заведующая Кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского факультета Тартуского университета, Эстония

**Dr Rita Columbia**

Советник по вопросам репродуктивного здоровья, UNFPA EECA Regional Office

**Ms Nell Rasmussen**

Старший консультант, Датский центр исследования вопросов социальной уязвимости

**Ms Vicky Claeys**

Региональный директор, Международная федерация планирования семьи, Европейская сеть, Брюссель

Daisy  
Mafubelu

**М**ы приближаемся к 2015 году и размышляем над тем, насколько мы продвинулись в достижении целей сформулированных в Декларации развития тысячелетия. Для тех, кто работает в международной сфере охраны здоровья матери и ребёнка, не является секретом, что достигнутый прогресс незначителен. Достоин сожаления, что, несмотря на то, что инвестиции в здравоохранение и развитие прав женщин долгое время считались существенным фактором обеспечения стабильного развития общества, – из всех показателей развития человеческого потенциала за 2010 год именно те, которые связаны с охраной здоровья матерей, отражают самые большие «пробелы».

**Беременность и рождение ребенка должны быть временем торжества, радости и счастья**, – однако для многих женщин они являются временем страданий и неблагоприятных исходов. Ежегодно в мире умирает свыше полумиллиона женщин из-за осложнений беременности и деторождения; еще многие женщины подвержены тяжёлым заболеваниям на всю оставшуюся жизнь. Несмотря на то, что в Европейском регионе ВОЗ средние показатели в сфере материнского здоровья являются сравнительно хорошими, между странами и в пределах отдельной страны, существуют значительные различия. Между отдельными странами данного Региона существует 42-кратное различие в уровнях материнской смертности.

Почти всегда те из нас, кто трудится в области охраны здоровья матерей, привыкли обсуждать такие случаи с точки зрения количественных показателей, представляя их правительствам стран и финансирующим организациям, чтобы отстоять необходимость увеличения объемов финансирования в этой области. Эти данные также используются для сравнения достижений стран в данной области. Слишком часто, сосредотачиваясь на цифрах характеризующих материнское здоровье, мы игнорируем реальные истории конкретных женщин, новорожденных и их семей, – которые сто-

ят за всем этим. Мы не слышим голосов этих женщин не потому, что они молчат, а потому, что мы – как общество – забываем выслушать их. Тем не менее, всем нам, занимающимся сбором и использованием статистических данных, становится все более ясно, что одного этого недостаточно. Чтобы устранить проблемы и несправедливости в сфере охраны материнского здоровья, нам необходимо пойти дальше простого признания факта их существования и углубиться в изучение причин. «Что кроется за цифрами?» – инструмент, разработанный Программой ВОЗ по обеспечению безопасной беременности, предоставляет странам основу, необходимую для таких исследований и вооружает их соответствующими навыками. Такие методы, как вербальная аутопсия, конфиденциальные расследования случаев материнских смертей, анализ случаев, бывших «на грани» неблагоприятного исхода, исследуют каждый индивидуальный случай, предоставляя возможность взглянуть на проблему с социально-культурной и контекстуальной точек зрения, чего не в состоянии сделать простой подсчет цифр. Такое проникновение в суть проблемы – именно то, что необходимо, если мы серьезно намерены повысить безопасность беременности, родов и послеродового периода.

Встреча в Узбекистане в июне текущего года отметила множество достижений в деле ускорения прогресса в области улучшения материнского здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Увоенные уроки, достигнутые успехи, существующие проблемы и направления будущей деятельности, которые были обсуждены участниками этой встречи, являются важными не только для тех стран, на которых распространяется инициатива по повышению безопасности беременности, но и для всех тех, которые стараются улучшить материнское здоровье. Европейское региональное бюро ВОЗ и другие организации ООН, представители правительств стран, международных и профессиональных организаций национального масштаба совместно работали над тем, чтобы сделать охрану материнского

здоровья приоритетной областью в Европейском регионе, особенно, среди тех стран, которые более всего в этом нуждаются. Разработка научно обоснованных рекомендаций и стандартов, реализация пересмотренных стратегий защиты материнского здоровья и переход от карательной системы расследования, основанной на обвинении, к системе улучшения качества ухода и непрерывного обучения и оценки – вот лишь несколько успехов, достигнутых на сегодняшний день. Кроме того, целенаправленность и сотрудничество всех участников имели весьма существенное значение для достижения общего успеха в деле практической реализации программы «Что кроется за цифрами?» – показав, что, если действительно есть желание что-то изменить в этой области – всегда есть и способ это сделать.

В заключение я хотела бы попросить вас, чтобы, читая статьи журнала *Entre Nous*, посвященные данному вопросу, вы нашли время, чтобы поразмышлять над ролью женщин, беременности и деторождения в рамках вашего индивидуального и общественного контекста. Спросите себя – могло ли такое произойти в вашей стране, или с вами, или с кем-то, кого вы любите. Такие программы, как Программа по обеспечению безопасной беременности, и такие инициативы, как «Что кроется за цифрами?», хотя и являются важными, но не могут решить всех проблем. Лишь тогда, когда общество в полном объеме и окончательно решит, что за этими цифрами стоят конкретные женщины с их конкретными проблемами, и потребует признания этого факта – лишь тогда будут сглажены несправедливости, существующие в сфере охраны материнского здоровья. Истории таких женщин слишком долго оставались в тени.

**Daisy Mafubelu**  
Заместитель Генерального  
директора  
Отдел здоровья семьи и общины  
ВОЗ

# ЧТО КРОЕТСЯ ЗА ЦИФРАМИ: МЕТОДОЛОГИИ РАССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В ответ на явное, к сожалению, отсутствие прогресса в вопросе сокращения материнской смертности во всем мире (1), во многих регионах и странах начинают подсчитывать количество и выяснять причины материнских смертей, имевших там место. Хотя это и является первым позитивным шагом, но один лишь сбор и подсчет такого рода данных или выявление причин смертности на базе национальной статистики не дает убедительных доказательств, необходимых для того, чтобы действительно приступить к разработке стратегий по преодолению клинических, социальных и общественных барьеров, с которыми сталкиваются женщины на пути к получению медицинской помощи.

Для разработки конкретных местных или национальных стратегий по безопасному материнству необходимо более точно определить основные препятствия на пути к получению медицинской помощи и причины их возникновения. Показатели материнской смертности – это стандартный международный инструмент, широко используемый для исходного измерения улучшений в области охраны материнского здоровья, однако они не указывают на клинические условия, приведшие к смерти женщин, на факторы, лежащие в основе этих смертей, на пути их предотвращения, а также к каким конкретным группам населения относятся умершие матери.

Хотя клинические причины материнской смертности, как правило, одинаковы (небезопасный аборт, кровотечение, сепсис и эклампсия) (1), реальные причины, лежащие в основе того, почему, в первую очередь, имеет место летальный исход, различны. К примеру, препятствие на пути к получению медицинской помощи может быть обусловлено культурными традициями, низким статусом женщины, отсутствием денег или транспорта, или медицинских учреждений на местах, или низким качеством клинической помощи. Многие из тех, кто работает в области решения международных проблем охраны здоровья женщин,

используют модель “трех задержек” в попытке разъяснить, с какими препятствиями сталкиваются беременные женщины на пути к получению медицинской помощи, в которой они нуждаются (2). Такие препятствия могут крыться в семье, общине, или в системе здравоохранения, и часто они взаимосвязаны. К примеру, женщины умирают вследствие следующих задержек обращения за медицинской помощью:

1. Задержка с принятием решения об обращении за медицинской помощью. Присутствовал ли фактор непонимания этими женщинами или их семьями необходимости обращения за медицинской помощью, незнание настораживающих признаков возникновения осложнений, или существовали финансовые, семейные или социально-культурные барьеры, препятствовавшие обращению за медицинской помощью?

или

2. Задержка с поступлением в лечебное учреждение. Прежде всего, имелись ли в принципе соответствующие службы? Отмечено ли отсутствие транспорта? Были ли они слишком дорогостоящими? Или доступ в лечебные учреждения был невозможен по другим причинам, таким как плохая репутация?

или

3. Задержка с предоставлением адекватной помощи. Было ли учреждение должным образом технически оснащено и укомплектовано кадрами, и не оказалась ли полученная помощь неадекватной или фактически вредной?

В ряде стран появляется опыт, который показывает, что расширение регулярного сбора данных до масштабов более углубленных аудитов материнской заболеваемости и смертности помогает ответить на все эти основные вопросы и обеспечивает базу для развития усовершенствованной помощи по охране материнства. Результаты такого анализа

позволяют определить, какие факторы, которых можно было избежать или исправить, а также упущенные возможности могли бы сформировать основу для выработки национальных и местных руководств и рекомендаций с целью внесения благоприятных изменений в услуги по охране здоровья матерей и новорожденных (3, 4). Их цель – исследование и извлечение уроков из случаев материнской смертности, происшедших во время беременности, родов, или в постнатальный период. В ходе аудитов анализируют, оценивают и определяют оказанную матерям клиническую помощь, определяют основные факторы, приведшие к материнской смертности, а также извлекают из этого уроки для разработки и распространения рекомендаций по преодолению барьеров и препятствий на пути охраны и обеспечения безопасного материнства в будущем.

Как показано в Таблице 1, используемые методологии могут быть нескольких типов, в зависимости от обстоятельств, масштабов и рамок предлагаемого исследования, а также от сложности анализируемой популяции. Ни одна из методологий не используется для простого подсчета числа смертных случаев, для целей сбора статистических данных. Вместо этого такие исследования указывают на то, в чем кроются трудности ликвидации материнской смертности, анализируют пути решения проблемы с практической точки зрения и выделяют основные области, нуждающиеся в рекомендациях для сектора здравоохранения и действий на уровне местного сообщества, а также в разработках руководств с целью улучшения клинической практики.

Эти методологии обсуждаются и подробно описаны в “Что кроется за цифрами” (ЧКЗЦ) (5), в рамках инициативы ВОЗ “Обеспечение безопасной беременности”, которая сейчас также продвигается всеми ведущими международными организациями по безопасному материнству. Во Вставке 1 представлены общие основные моменты различных методологий. Рис. 1 – важная схема

Таблица 1. Что кроется за цифрами; Методологии расследования случаев материнской заболеваемости и смертности (5)

Подход	Определение
Исследование случаев материнской смертности на уровне местного сообщества (вербальная аутопсия)	Метод выявления медицинских причин смерти и определения индивидуальных, семейных или общественных факторов, которые могли способствовать смерти женщин, скончавшихся вне медицинского учреждения.
Исследование случаев материнской смертности на уровне медицинских учреждений	Качественное, детальное исследование причин и обстоятельств случаев материнской смертности в медицинских учреждениях. Случаи смерти первоначально выявляют на уровне медицинского учреждения, но в ходе этих расследований также обращают внимание на выявление сочетанного воздействия различных факторов на уровне медицинского учреждения и местных сообществ, которые способствовали летальному исходу, а также идентифицируют факторы, которых можно было избежать.
Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности	Систематическое мультидисциплинарное анонимное исследование всех случаев материнской смертности, или их репрезентативной выборки, проводимое на районном, областном (региональном) или национальном уровне. Цель расследования – определить число случаев смерти, их причины, а также сопутствующие устранимые или исправимые факторы
Исследование случаев тяжелой заболеваемости (критические состояния)	Выявление и оценка случаев, когда беременная женщина выжила после тяжелых акушерских осложнений.



Gwyneth Lewis

Рисунок 1: Анализ материнской заболеваемости и смертности и цикл действий



анализа материнской заболеваемости и смертности: цикл действий, поскольку без последующих действий такой анализ бесполезен. К настоящему времени более 50 стран посетили или провели семинары «Что кроется за цифрами»; большинство стран в Европейском регионе ВОЗ уже начали или планируют начать проводить свои собственные исследования, и все больше стран хотят последовать их примеру.

Извлечение уроков и действия на основе полученных результатов анализа – в этом состоит основная цель использования любого из названных подходов. При любом подходе, предназначенном для исследования проблем материнской смертности, заболеваемости или клинической практики в целях укрепления материнского здоровья, в качестве руководящего принципа используется тщательное расследование, или цикл аудита. Как показано на Рис. 1, это непрерывный процесс выявления случаев, сбора и анализа информации, выработки рекомендаций к действиям и реализации, а затем оценки результата, и усовершенствование программы. Конечной целью процесса расследования является действие, а не просто подсчет случаев и вычисление процентов. Все названные шаги - выявление, сбор и анализ данных, действие и оценка – являются очень важными, и должны осуществляться на постоянной основе, чтобы оправдать затраты и что-либо реально изменить. Поскольку конечной целью этих исследований являются действия, важно, чтобы в данном процессе активно участвовали те, кто обладает компетенцией реализовать рекомендуемые изменения.

На основании результатов исследований определяются факторы, если таковые имелись, действия которых можно было избежать, или факторы, которые можно исправить, при оказании помощи женщине на уровне клиники, системы здравоохранения или местного сообщества. Извлеченные уроки дают возможность практикующим специалистам в области здравоохранения и лицам, участвующим в планировании медицинской помощи, выявить и адресовать упущенные возможности и/или любой из факторов, которые можно исправить. Они укажут на существующие проблемы, и прольют свет на те области, которые нуждаются в рекомендациях

для сектора здравоохранения и действий на уровне сообщества, а также в разработке клинических руководств. Результаты могут быть приняты за исходный уровень, относительно которого можно отслеживать успешность изменений, касающихся практики. Важно, чтобы разработанные рекомендации были простыми, доступными, эффективными и получили широкое распространение.

Напоследок необходимо отметить, что еще в 1954 году, после начала Конфиденциального расследования случаев материнской смертности в Соединенном Королевстве, самого продолжительного в мире примера проведения такого рода мероприятия, было признано, что участие в конфиденциальном расследовании имело «мощный побочный эффект» (6). Он заключался в том, что «каждый участник этих расследований, независимо от своего опыта и места работы, будь то клиническая больница, местный стационар, общественные службы или дом пациента, должен был получить положительный опыт в плане просвещения (7)». Личный опыт, таким образом, представляет собой ценный инструмент для введения полезных изменений в индивидуальную практику.

#### Литература

1. Ronsmans C, Graham WJ, on behalf of the The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where and why? *The Lancet* 2006;368: 1189-200
2. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*; 1994:1091-110.
3. Lewis G. Reviewing maternal deaths to make pregnancy safer. In Moodley J (ed). *Recent advances in obstetrics*. Elsevier (in press). *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* Vol. 22, No. 3, pp. 447-463, 2008. [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
4. Bacci A, Lewis G, Baltag V, Betrán A. "Beyond The Numbers": introduction of maternal mortality and severe morbidity audit in the European Region. *Reproductive health matters*. October 2007.
5. World Health Organization. *Beyond the Numbers; reviewing maternal deaths and severe morbidity to make pregnancy safer*. WHO. Geneva:

6. Ministry of Health. *Report of the Confidential Enquiry into Maternal Deaths in England and Wales, 1952-1954*. Reports on Public Health and Medical Subjects No.97: HMSO. 1954.
7. Godber G. *The Confidential Enquiry into Maternal Deaths. In: A Question of Quality?* Nuffield Provincial Hospitals Trusts; Oxford University Press: 1976.

#### Гвинет Льюис MD, FRCOG, FFPN, FACOG,

Профессор, Директор Международной службы охраны материнства, Министерство здравоохранения, Англия  
 Редактор «Что кроется за цифрами»  
[Gwyneth.Lewis@dh.gsi.gov.uk](mailto:Gwyneth.Lewis@dh.gsi.gov.uk)

#### Вставка 1. Общие особенности и основные положения всех методологий ЧКЗЦ для анализа материнской заболеваемости и смертности

Цель и задачи:

- спасение большего количества жизней матерей и новорожденных, снижение смертности и числа осложнений, и улучшение качества услуг в интересах всех беременных женщин и их детей,
- разработка системы конфиденциальной и, предпочтительно, анонимной оценки случаев, не ориентированной на судебные преследования, чтобы дать возможность тем, кто заполняет формы, а также тем, кто их анализирует, быть уверенным в выявлении истинных причин, которые могли привести к каждой материнской смерти, без страха применения карательных санкций,
- содействие всем беременным и недавно родившим женщинам в получении лучшей из возможных видов помощи, которую оказывают в соответствующих учреждениях с учетом индивидуальных потребностей этих женщин - через использование руководств и рекомендаций, выработанных на основе оценки конкретных случаев,
- определение более широких препятствий на пути охраны материнства, не относящихся к системе здравоохранения, и принятие мер, или пропаганда благотворных изменений, таких как повышение статуса женщин, программы медико-санитарного просвещения и улучшение ситуации с общественным транспортом.
- Подходы могут быть использованы на уровне местных сообществ, медицинского учреждения, или на региональном или национальном уровне.
- Различные подходы используются в зависимости от различных обстоятельств, уровней оказания медицинских услуг, и на их основе можно анализировать не только летальный, но также и ряд других различных исходов.

# РЕАЛИЗАЦИЯ МЕТОДОЛОГИИ “ЧТО КРОЕТСЯ ЗА ЦИФРАМИ” В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ: ПРЕДПРИНИМАЕМЫЕ ШАГИ, ПРОБЛЕМЫ, УСПЕХИ, И ГДЕ МЫ НАХОДИМСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

## Предпосылки

Материнство является позитивным опытом, который создает возможность самореализации для большинства женщин; однако беременность и рождение ребенка могут также ассоциироваться со страданиями, ухудшением состояния здоровья и даже привести к смертельному исходу. Нет вопроса более важного для всеобщего благополучия, чем здоровье матерей и новорожденных, однако каждый год женщины и новорожденные умирают от осложнений, которые можно было предотвратить.

В 2000 году ВОЗ начала международную инициативу «Обеспечение безопасной беременности» (ОББ), призванную помочь странам расширить доступ к основным мероприятиям по снижению заболеваемости и смертности среди матерей и новорожденных и улучшению их здоровья. Наряду с комплексом вмешательств и стратегическим руководством со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках ОББ в 2004 году была введена и успешно реализована в странах Европейского региона в сотрудничестве с партнерами и под руководством Министерств здравоохранения новая методика расследования конкретных случаев материнской заболеваемости и смертности - руководство ВОЗ «Что кроется за цифрами» (ЧКЗЦ). Новая методология концентрирует внимание на конфиденциальных подходах, на доказательной медицине и на принципе участия. Она не предусматривает осуждение и наказание, боязнь которого приводит к частичному умалкиванию фактов и к упущению возможности вынести уроки из сделанных ошибок; данная методика нацелена на повышение качества медицинской помощи.

## Что такое ЧКЗЦ?

ЧКЗЦ это практическое руководство, составленное ведущими международными экспертами, в котором описаны, пять апробированных подходов к исследованию конкретных случаев материнской смертности и заболеваемости. Философия ЧКЗЦ проста: случаи материнской смертности можно предотвратить даже в условиях стран с ограниченными ресурсами, и возможна разработка эффективных вмешательств, которые могут быть реализованы, если известна информация и понятны факторы, лежащие в основе этих смертей. Хотя определяющие факторы и причины материнской

заболеваемости и смертности (кровотечение, гипертензивные состояния, сепсис и небезопасный аборт) хорошо задокументированы во всем мире, причины различаются в пределах регионов и стран. Таким образом, для анализа причин и факторов, которые сыграли роль в возникновении неблагоприятных исходов, требуется разработка индивидуальных подходов, специфичных для каждой конкретной ситуации.

Такие подходы могут охватить все уровни системы здравоохранения, или только уровень медицинского учреждения. К примеру, рассмотрение конкретных случаев может выявить, в чем кроются основные проблемы, и что можно сделать практически, и какие вмешательства необходимы со стороны сектора здравоохранения и местного сообщества. Все это разработки современных клинических руководств основанных на принципах доказательной медицины. Кроме того, систематическое сопоставление результатов исследования отдельных случаев смерти женщин с более общим обзором материнской смертности и заболеваемости позволяет проводить более тщательный анализ. Результаты такого анализа приводят к внедрению изменений в практику охраны здоровья матерей и к значительному улучшению результатов медицинской помощи, а также определяют исходный уровень, относительно которого можно отслеживать результативность вмешательств. Такой мониторинг выполнения рекомендаций является неотъемлемой частью системы, обеспечивая стимул для действий в области сектора здравоохранения. Он также служит напоминанием комитетам по расследованию случаев материнской смертности, что их рекомендации должны основываться на доказательствах. Результаты могут также использоваться министерством здравоохранения, правительством и лицами, ответственными за принятие решений, для повышения информированности и мобилизации национальных и донорских ресурсов.

## Шаги в направлении реализации ЧКЗЦ

В целях обеспечения эффективного проведения аудита случаев материнской заболеваемости и смертности, Европейское региональное бюро ВОЗ организовало ряд мероприятий. Эти мероприятия включали организацию совещаний с участием нескольких стран, семинары на страновом уровне и подготовительные мероприятия по методике ЧКЗЦ, пилотное внедрение, обзор, проводимый группами между-

народных и национальных экспертов, и разработку и реализацию планов по распространению данной методологии.

## Региональные семинары

Первый региональный семинар по ЧКЗЦ состоялся в 2004 году в Кыргызстане. В работе семинара приняли участие пять стран: Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан.

Год спустя второй региональный семинар был проведен в Армении. В его работе принимали участие семь стран: Армения, Албания, бывшая югославская Республика Македония, Румыния, Российская Федерация, Турция и Туркменистан. Среди участников были представители министерств здравоохранения, профессиональных организаций и партнеров. Международные эксперты представили пять методов ЧКЗЦ, затем последовало обсуждение, и участниками были выработаны рекомендации относительно внедрения методологии ЧКЗЦ на уровне стран, включая необходимые подготовительные шаги. Большинство стран-участниц обратились к ВОЗ с просьбой о поддержке внедрения ЧКЗЦ и начали подготовку для официального утверждения правовой основы, позволяющей внедрять ЧКЗЦ, такие как изменение или разработка необходимых законов, постановлений и приказов.

## Необходимое условие: обновление основных клинических руководств

Согласно ВОЗ, обновление клинических руководств по основным состояниям и осложнениям на основе принципов доказательной медицины является необходимым условием предоставления качественной медицинской помощи и проведения исследования конкретных случаев и аудитов. Поэтому Региональное бюро ВОЗ в рамках программы ОББ приоритизировало в ряде стран, в качестве первого шага для подготовки ЧКЗЦ, наращивание возможностей в данной области среди основной группы высокопрофессиональных клиницистов и составителей руководств – путём участия в семинарах по оказанию медицинской помощи матерям и новорожденным, основанной на принципах доказательной медицины. Конечная цель заключалась в использовании научных доказательств для разработки и обновления клинических руководств, стандартов и пра-



Alberta Bacci

вил с целью внедрения надлежащих изменений в клиническую практику.

В течение нескольких лет это привело к разработке ряда клинических руководств по основным акушерским осложнениям национальными рабочими группами. Эти руководства были пересмотрены с использованием опыта ВОЗ, после чего они были одобрены министерствами здравоохранения и подлежали распространению. Процесс разработки, официального утверждения и распространения национальных клинических руководств был усилен и ускорен рекомендациями ВОЗ, в том плане, что обновленные руководства на основе принципов доказательной медицины являются ключевым требованием для усовершенствования клинической практики и основой внедрения материнского и перинатального аудита. Кроме того, поскольку аудит основывается на обновленных клинических руководствах, это способствует их применению и внедрению в клиническую практику.

#### Национальные семинары по ЧКЗЦ

По просьбам министерств здравоохранения, национальные семинары «Что кроется за цифрами» были организованы ВОЗ при партнерской поддержке в Армении, Казахстане, Кыргызстане, Румынии, Таджикистане, Республике Молдова, Российской Федерации, Украине и Узбекистане. В семинарах приняли участие акушеры-гинекологи, акушерки, а также психологи и социальные работники, представители ведущих медицинских и учебных заведений, профессиональных ассоциаций и министерств здравоохранения.

В ходе этих национальных семинаров были определены два подхода ЧКЗЦ для реализации участниками с целью улучшения качества и исходов в области охраны материнского здоровья: Конфиденциальное расследование случаев материнской смертности (КРСМС) на национальном уровне и Исследование осложнений угрожающих жизни (ИОУЖ) на уровне лечебных учреждений. Затем были разработаны планы действий для реализации этих двух методов на уровне стран, включая технические семинары, которые были проведены в Армении, Казахстане, Кыргызстане, Румынии, Таджикистане, Республике Молдова, Российской Федерации и Узбекистане. Цель названных технических семинаров заключалась в разработке инструментов и механизмов внедрения ИОУЖ

в трех-четыре пилотных учреждениях, а также разработке механизмов и структуры организации КРСМС на национальном уровне.

#### Пилотный этап

Следующим шагом в реализации было пилотное внедрение двух выбранных подходов. Пилотное исследование ИОУЖ проводилось в выбранных родильных домах в шести странах при технической поддержке экспертов ВОЗ. КРСМС было начато в 6 странах группой национальных экспертов.

Региональные и страновые бюро ВОЗ вместе с национальными координаторами, назначенными министерствами здравоохранения для ИОУЖ, обеспечивали дополнительную техническую поддержку и последующее наблюдение, посещая пилотные родильные дома и гарантируя наблюдение и техническую помощь для мероприятий ИОУЖ и КРСМС. Дополнительные мероприятия по наращиванию потенциала были организованы по результатам полученных данных и рекомендаций; к примеру, семинар «Как проводить интервью», проведенный в Узбекистане местным экспертом.

#### Оценка

Последним шагом для реализации названных новых методов было создание международных и национальных миссий экспертов с целью наблюдения и анализа подходов в рамках ЧКЗЦ. За этим последовали семинары по расширению подходов ЧКЗЦ, которые были проведены в Республике Молдова и Узбекистане.

Названными миссиями было четко задокументировано, что уже после проведения исследования нескольких случаев становится возможным получить точную информацию о предоставленной матерям медицинской помощи и разрабатывать эффективные и приемлемые практические решения по улучшению качества услуг. Более сложная задача заключалась в обеспечении реализации этих решений в целях совершенствования оказания медицинской помощи матерям и новорожденным. Миссии также продемонстрировали, что профессионалы, вовлеченные в расследование случаев, поняли цель методологии указанных подходов, сфокусированную на выявлении упущенных возможностей и выработке решений по улучшению практической помощи, в отличие от практики поиска виновных и примене-

ния наказаний. Следует отметить, что миссии экспертов также установили, что лучшие результаты отмечались в тех учреждениях, где были введены, либо уже практиковались рекомендации ВОЗ, такие как организация эффективной перинатальной помощи.

#### Проблемы, достижения ЧКЗЦ и извлеченные уроки

На основе опыта работы с ЧКЗЦ в Европейском регионе, 14-19 июня в Узбекистане был проведен семинар с участием многих стран Европейского региона. Цель семинара - понимание проблем и достижений в процессе реализации ЧКЗЦ, а также выявление уроков и обмен опытом.

Одной из наиболее серьезных проблем, возникающих при реализации указанных новых методов, оказалось время, которое требуется для обеспечения наличия надлежащей правовой основы и клинических руководств. Однако это также предоставило прекрасную возможность стран-участницам для укрепления и развития потенциала в данных областях. В настоящее время при поддержке ВОЗ пять стран (Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан) используют два подхода ЧКЗЦ: КРСМС на национальном уровне и ИОУЖ на уровне родильных домов. Дополнительные проблемы заключались в преодолении нежелания со стороны поставщиков медицинских услуг и менеджеров принять новую систему проведения аудитов - после многих лет существования в системе, практикующей поиск виновных и применение мер наказания. Вначале страх сурового наказания затруднял получение клинических записей, представление реальных фактов и выработку решений. Со временем ситуация улучшилась, и в ходе работы со случаями материнской смертности пришло осознание того, что в системе произошли изменения. На протяжении всего процесса, от этапа внедрения до этапа распространения, основным ключом к успеху были вовлеченность и приверженность представителей министерств здравоохранения, партнерских организаций и основных заинтересованных сторон.

#### Alberta Bacci, MD

Региональный координатор программы «Обеспечение безопасной беременности», Европейское региональное бюро ВОЗ  
aba@euro.who.int

# ИГРА ЦИФР: СБОР ДАННЫХ ПО МАТЕРИНСКОМУ И НЕОНАТАЛЬНОМУ ЗДОРОВЬЮ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

**Ц**ифры. Они могут выполнять многие функции: чисел, данных и/или статистики, и могут интерпретироваться множеством способов в зависимости от того, кто ими пользуется. Для тех, кто работает в сфере охраны здоровья матери и ребенка (ЗМР), цифры представляют нечто гораздо большее: отдельных людей, в частности – матерей, младенцев, детей и семьи, чья жизнь изменилась из-за существующей высокой материнской и неонатальной (МН) заболеваемости и во многих случаях – смертности.

## Для чего нужен сбор статистических данных

Сбор статистических данных по МН заболеваемости и смертности – первый шаг, который необходимо сделать, чтобы заняться проблемой неблагоприятных исходов в области МН здоровья. Перед тем, как страны и правительства смогут рассмотреть то, что кроется за цифрами, и детально изучить обуславливающие факторы – культурные, социально-экономические или относящиеся к системам здравоохранения, необходимо, прежде всего, идентифицировать проблему.

Показатели, характеризующие уровень материнской, перинатальной и неонатальной, а также детской смертности, являются признанными в международном масштабе и используются, чтобы оценить и проследить уровень достижений государств и регионов в сфере улучшения МН здоровья. Эти показатели дают правительствам представление о том, какова ситуация в их странах и как они выглядят на мировом масштабе. Эти данные являются важнейшей информацией, для планирования программ по сохранению и улучшению репродуктивного здоровья, ведения исследовательской и пропагандистской деятельности на национальном уровне. На международном уровне эта информация служит необходимым материалом для принятия решений относительно финансовой поддержки стран с целью улучшения материнского, неонатального и детского здоровья. Общий статус женщин и детей используется в качестве показателя развития страны и некоего чувствительного «барометра», указывающего на состояние здоровья всего населения.

## Проблемы, связанные со сбором данных

Существуют многочисленные проблемы, осложняющие точное определение этих показателей. В результате недооценка МН смертности гораздо

чаще является «правилом», чем исключением. Этому способствуют многие факторы. Отчеты о таких исходах требуют наличия хорошо функционирующей системы здравоохранения, которая способна правильно идентифицировать такие неблагоприятные случаи и сообщить о них в соответствующие правительственные органы. В развивающихся странах, где происходит большинство случаев материнской и неонатальной смертности, неадекватно функционирующие департаменты статистики, высокий уровень некавалифицированной помощи при родах на дому и слабые системы здравоохранения способствуют недооценке истинного масштаба проблемы. Кроме того, в странах, правительства которых используют системы обвинения и наказания при решении проблемы МН смертности, многие случаи могут намеренно классифицироваться неправильно или замалчиваться из-за боязни юридических последствий. Далее, случаи смерти на ранних стадиях беременности и случаи смерти, вызванные причинами, не имеющим отношения к акушерскому вмешательству – остаются проблемой, которую еще предстоит идентифицировать и зафиксировать.

Занижение отчетности по МН смертности – это явление, наблюдаемое не только в развивающихся странах. Страны со средним и высоким уровнем развития также стремятся к улучшению сбора статистических данных такого рода. В пределах Европейского региона ВОЗ, в зависимости от использованного источника данных процент смертности значительно различается как в пределах одной страны, так и между различными странами (рис. 1). Официальная статистика также зачастую не учитывает некоторые случаи вследствие неправильной классификации смертей.

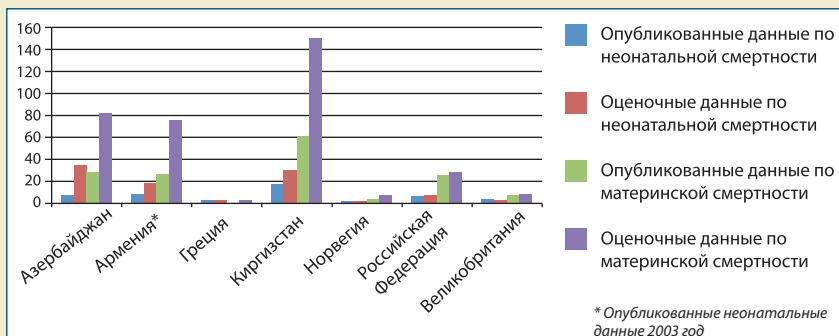
В силу вышеупомянутых причин, оценкам уровня материнской смертности (МС) всегда будет свойственна некоторая степень неопределенности. Различные методы подсчета этих

показателей могут дать различные результаты – в зависимости от различных использованных допущений. Это должно приниматься в расчет при интерпретации данных. Этот вопрос освещен в последней статье LANCET, посвященной МС. Используя новые доступные файлы данных и геопространственное моделирование, авторы исследования прогнозируют оценки и тенденции МС. В частности, сообщается о более резком снижении уровня МС, чем ранее утверждалось в оценках ООН (387 000 смертей в 2005 г. по сравнению с 536 000) (1,4). Различия в оценках, вероятно, вызвано и появлением новых доступных данных, и разными методами, использованными для оценки. Геопространственное моделирование является более современной, передовой методологией. Даже принимая во внимание использование этой более современной методологии, важно отметить, что уровни МС все еще остаются неприемлемо высокими, и что расхождение в оценках МС, в конечном счете, отражают недостаток достоверных и надежных данных по материнской смертности.

## Что могут и чего не могут сказать нам цифры

Важно сознавать, что может сказать нам официальная статистика, и чего она сказать не может. Хотя такие данные можно использовать, чтобы следить за прогрессом в данной области, а также, чтобы сравнивать данные по областям в масштабах какой-либо страны и региона, они не показывают, среди каких групп женщин имеют место случаи смертей (например, среди меньшинств, беженцев, малоимущих), а также не говорят о том, какие обуславливающие факторы действуют их смерти. Кроме того, определенные показатели – в частности, относящиеся к перинатальной смертности – весьма чувствительны к определению или терминологии, используемой для сбора данных (например, термин «мртворождение» может подразумевать и внутриматочную смерть

**Рисунок 1. Опубликованный и оценочный показатель материнской смертности на 100 000 живорожденных для определенных стран – 2005 г. (1,2).**







Lisa Avery

плода, наступившую в срок, превышающий 20 недель, при весе плода, превысившем 500 грамм, или может ограничиваться внутриматочной смертью плода, наступившей в срок, превысивший 28 недель). Таким образом, при попытках сравнительного анализа цифр между странами, нужно проявлять осторожность, поскольку в настоящее время во многих странах Европейского региона многие показатели репродуктивного здоровья не приведены к единому стандарту. Именно по этой причине эти страны ограничены в плане разработки эффективной стратегии улучшения материнского здоровья и здоровья новорожденных, и тот факт, что в этих странах полагаются только на «свои» цифры, не может обеспечить прогресс в достижение Целей Развития Тысячелетия. Без понимания того, кто именно умирает, и почему и где умирают эти женщины, нельзя разработать и реализовать адекватные стратегии, обеспечивающие качество и справедливый доступ к услугам здравоохранения и положительные результаты охраны здоровья матери и ребенка. Чтобы получить информацию такого рода, мы не должны полагаться только на цифры, и должны организовать конфиденциальные расследования материнских и неонатальных смертей, вербальные аутопсии, аудиты медицинских учреждений и анализы случаев тяжелых осложнений.

### Ситуация в Европейском регионе

Хотя с 1994 года в странах Европейского региона ВОЗ отмечается общее снижение как материнской, так и неонатальной смертности, существуют, тем не менее, значительные различия в показателях. Согласно опубликованным данным, с 2008 года показатель материнских смертей на 1000 живорожденных варьирует от 0 - в Эстонии и бывшей Югославской Республике Македонии - до 58,9 в Кыргызстане; меняется и показатель смертности новорожденных - от низкого - 1,65 неонатальных смертей на 1000 живорожденных в Исландии, до высокого - 7,89 в Республике Молдова (1). Продолжают также существовать и большие различия между опубликованными и оценочными данными этих показателей (рис.1).

Сознавая, что «чем ниже потребности в медицинской помощи, тем лучше статистика», в 1999 году Евросоюз, в качестве составной части своей Программы мониторинга и охраны здоровья (Health Monitoring Programme) создал EURO-PERISTAT - проект, целью которого была разработка здоровых, адекватных показателей материнского и перинатального здоровья, которые могли бы использоваться для мониторинга перинатального здоровья в странах Евросоюза (ЕС).

Клиницисты, статистики и эпидемиологи из 25-ти стран - членов ЕС и Норвегии разработали и согласовали между собой определенный ряд из 10-ти базовых и 24-х рекомендуемых показателей, предназначенных для мониторинга перинатального здоровья (см. текстовый блок). Несмотря на то, что использование определенных показателей на страновом уровне оказалось проблематичным, в 2009 году в рамках данного проекта был опубликован «Отчет об исследовании состояния перинатального здоровья в Европе: сравнение здоровья и ухода за беременными женщинами и новорожденными в странах Европы» - первый действительно исчерпывающий отчет о состоянии перинатального здоровья в рамках Европейского региона. В отчете содержалось огромное количество сопоставимой информации о текущем состоянии материнского, неонатального и детского здоровья как в отдельных странах, так и на международном уровне (5).

### Направления будущей деятельности

Любые попытки улучшить состояние материнского, неонатального и детского здоровья зависят от того, насколько хорошо мы знаем текущее положение дел в данной области. В результате, данные всегда будут одной из предпосылок для улучшения. При будущих попытках улучшения оценки и сбора статистических данных, характеризующих МН здоровье, основное внимание следует сосредоточить на следующих аспектах:

- Более тесном сотрудничестве между научными учреждениями и правительствами с целью разработки новых методологий оценки и сбора данных;
- Инвестициях в развитие и укрепление систем медицинской информации на страновом уровне;
- Нарастании потенциала для сбора, анализа и интерпретации данных; а также стандартизации и практическому использованию показателей материнского и перинатального здоровья, позволяющих проводить сравнения между странами и регионами.

Наконец, несмотря на то, что меры по повышению надежности и корректности количественных данных должны рассматриваться как приоритетные на региональном, национальном и мировом уровнях, эти меры должны реализовываться в сочетании с качественными методами, подобными тем, которые описаны в программе ВОЗ «Что кроется за цифрами?». Это поможет гарантировать, что, кроме признания масштаба проблемы, будут также идентифицированы обуславливающие, способствующие или причинные факторы, по которым будут приниматься соответствующие меры.

### Литература:

1. WHO/Europe Health for All (HFA) Database, January 2010.
2. WHO. *Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank.* Geneva: WHO, 2007.
3. Ahman E and Zupan J. *Neonatal and perinatal mortality. Country, Regional and Global Estimates 2004.* Geneva: WHO, Department of Making Pregnancy Safer, 2007.
4. Hogan M, Foreman K, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980 - 2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet* 2010; 375:1609-1623.
5. *The European Perinatal Health Report: comparing the health and care of pregnant women and newborn babies in Europe.* EURO-PERISTAT Project with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT, 2009 Available at: <http://www.europeristat.com/>

### Lisa Avery, MD, MPH

Редактор журнала *Entre Nous*  
avery@cc.umanitoba.ca

### EURO-PERISTAT: Основные показатели перинатального здоровья

#### ЗДОРОВЬЕ ПЛОДА, НЕОНАТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

С: Коэффициент внутриутробной смертности по внутриутробному возрасту, массе тела при рождении и по совокупности случаев

С: Неонатальная смертность по внутриутробному возрасту, массе тела при рождении и по совокупности случаев

С: Процент детской смертности по внутриутробному возрасту, массе тела при рождении и по совокупности случаев

С: Распределение данных массы тела при рождении - по информации о том, жив новорожденный или нет, внутриутробному возрасту и совокупности случаев

С: Распределение внутриутробного возраста по возрастным группам - по информации о том, жив новорожденный или нет, и по совокупности случаев

#### МАТЕРИНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

С: Процент материнской смертности по возрасту, по способу родоразрешения

#### ХАРАКТЕРИСТИКИ НАСЕЛЕНИЯ/ФАКТОРЫ РИСКА

С: Процент многоплодных родов по количеству плодов

С: Распределение материнского возраста

С: Распределение по количеству родов в прошлом

#### УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С: Способ родоразрешения по количеству родов в анамнезе, совокупности, предлежанию, предшествующему кесареву сечению

Список рекомендуемых показателей можно найти на [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)

# УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНОГО УХОДА В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ РАССЛЕДОВАНИЙ

В 2002 году была запущена глобальная инициатива ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности» (ОББ) и Республика Молдова была выбрана в качестве пилотной страны для ее реализации в Европейском регионе. В качестве ключевых направлений инициативы ОББ для Республики Молдова был выбран подход, основанный на аудитах материнского и перинатального здоровья в целях улучшения качества медицинской помощи. В области перинатологии эта инициатива получила поддержку программы по безопасному материнству и охране здоровья новорожденных - Safe Motherhood and Newborn Health Международной федерации акушерства и гинекологии (FIGO) и была названа «Что кроется за цифрами: реализация новых подходов для исследования случаев перинатальной смертности в Республике Молдова».

## Проект перинатального аудита в Молдове

Хотя в Молдове с 2001 года отмечалось снижение уровня перинатальной смертности, доля смертности среди полностью доношенных младенцев, составляющая почти 50% общего показателя смертности в перинатальный период, не изменилась. Исследование случаев на уровне учреждений было затруднено, и часто было невозможно выявить причины. Существовала также озабоченность относительно мер наказания; и не удивительно, что иногда было трудно добиться сотрудничества со стороны клиницистов при проведении внутренних оценок неблагоприятных перинатальных исходов. После консультации с профессором Jason Gardosi из Института перинатологии в Бирмингеме, Великобритания, который являлся куратором проекта FIGO по перинатальному аудиту в Молдове, было принято решение создать программу проведения конфиденциальных расследований. Программа была реализована при содействии Молдавского общества акушеров-гинекологов, Ассоциации акушерок и Ассоциации перинатальной медицины.

## Конфиденциальные расследования

Конфиденциальные расследования – это специальная форма перинатального аудита в виде экспертной оценки. С соблюдением анонимности случаи анализируются мультидисциплинарными комиссиями, которые оценивают качество медицинской помощи с учетом соблюдения применимых на местах стандартов и определяют возможность предотвращения неблагоприятных исходов. Эта модель в различных формах использовалась в Великобритании для

Класс	Определение	Кол-во	Процент
0	неадекватность оказания медицинской помощи не выявлена	2	0.9
1	неадекватная медицинская помощь; другая стратегия ведения <i>не повлияла бы</i> на исход	25	10.8
2	неадекватная медицинская помощь; другая стратегия ведения <i>могла бы повлиять</i> на исход	121	52.4
3	неадекватная медицинская помощь; было бы разумно ожидать, что <i>другая стратегия ведения могла бы повлиять</i> на исход	83	35.9

Таблица 1. Классификация стандартов ухода при проведении конфиденциальных расследований случаев перинатальной смертности

оценки случаев материнской смертности (CEMD) и перинатальной смертности (CESDI). В последние годы она получила дальнейшее развитие в Институте перинатологии Уэст-Минлендса в качестве обновляемой программы по укреплению взаимодействия с заинтересованными сторонами и обратной связи.

Ключевым моментом в данном методе является то, что члены экспертной группы, которые рассматривают документы по конкретным случаям, не принимали участия в оказании медицинской помощи в этом случае, и им даже не известны личности пациентов или персонала клиник. В результате они могут дать внешнюю оценку, которая является

- независимой, объективной и беспристрастной;
- носит не обвинительный и карательный, а конструктивный характер;
- могут рассматриваться как вопросы индивидуального плана, так и проблемы, связанные с системой, такие как протоколы, методы, знания и умения персонала и оборудование.

Хотя в документах по делу отражаются не все факторы, имевшие отношение к расследуемому случаю, однако большинство ключевых проблем отследить по ним все-таки можно. Кроме того, оценивается также качество ведения записей, являющееся основным требованием в отношении любой формы надлежащего клинического ухода. Дополнительным преимуществом данного метода является то, что он представляет собой богатый источник информации для обучения самих членов экспертной группы - в силу образовательной ценности неудач, которые могли бы также иметь место при оказании медицинской помощи своим пациентам любым из членов экспертной группы. Кроме того, представляется возможность открытого изучения проблемы в ходе совместного разбора событий с равными себе специалистами в данной области. В свою очередь, члены экспертной группы становятся

проводниками изменений в своих подразделениях. Обычно в ходе заседания экспертной комиссии, которое продолжается полдня, обсуждаются 4-5 случаев. Состав комиссии зависит от типа случаев, которые предстоит обсудить, и включает 6-8 членов, среди которых один или два семейных врача, акушеры-гинекологи, акушерки и патологоанатомы для случаев мертворожденности за счет антенатальной гибели плода, а также неонатологи для случаев интранатальной и неонатальной смертности.

Проект начался в 2006 году со встреч заинтересованных сторон на национальном уровне с целью согласования стандартов и разработки инструментов для расследования и аудита случаев. К таким инструментам относятся:

- клинические стандарты антенатальной, интранатальной и неонатальной помощи, основанные на принципах доказательной медицины;
- формы для оценки экспертами материалов конкретных случаев в ходе конфиденциального расследования;
- анкета для вербальной аутопсии, используемая при проведении опроса матери /семьи по случаю перинатальной потери.

После проведения начального пилотного исследования в трех самых крупных центрах охраны здоровья матери, программа была распространена на все родильные отделения в Республике Молдова. Изначально акцент был сделан на оценке антенатальной, интранатальной или неонатальной смертности зрелых новорожденных (37+ недель гестации или вес при рождении >2500 граммов).

## Полученные данные

До марта 2010 года в конфиденциальном расследовании 231 случая перинатальной смертности были задействованы 282 специалиста. Самый поразительный вывод заключается в том, что большинства смертей можно было избежать. Случаи были классифицированы в зависимости от выявления неадекватного ухода и от того,



**Petru  
Stratulat**



**Jason  
Gardosi**



**Ala  
Curtaneau**



**Tatiana  
Caraus**



**Victor  
Petrov**

рассматривался ли такой уход в качестве причины имевшего место исхода. Как показано в Таблице 1, в 204 случаях из 231 (88.3%), по мнению специалистов, исхода можно было бы возможно (Класс 2) или вероятно (Класс 3) избежать в случае качественной медицинской помощи.

Рассмотрение случаев привело к выявлению на каждой стадии перинатального ухода массы моментов, на примере которых можно учиться; они связаны с дородовым наблюдением роста и движений плода, адекватным мониторингом с использованием партограммы и кардиотокографии (электронный мониторинг сердечбиений плода) во время родов, своевременным вмешательством с целью оперативного родоразрешения, неонатальной реанимацией, и с уходом за новорожденными во время ночных смен и в выходные дни. Дополнительные наблюдения касались необходимости знания социальных факторов и улучшения информирования и консультирования матерей в плане того, когда необходимо обращаться за медицинской помощью.

#### **Действия и преимущества**

Программа конфиденциальных исследований случаев перинатальной смертности привела к значительному росту уровня осведомленности о том, что многие факторы неблагоприятных исходов можно предотвратить, и что стандарты медицинской помощи необходимо повысить. Вырос общий уровень знаний среди клиницистов, так же как и уровень сотрудничества между медицинскими работниками в больницах и местным сообществом. На конкретном уровне программа привела к усовершенствованию схемы партограмм и записей, оформляемых акушерами, неонатологами и патологами.

Последующие аудиты показали, что к 2009 году многие случаи велись в соответствии с руководствами, и при этом увеличилось использование графиков внутриутробного роста на 39% и партограмм - на 31%, использование мониторинга сердечбиений плода при поступлении (31%), и улучшилась ситуация с реанимацией новорожденных (40%). За период с 2005 по 2009 гг. доля доношенных новорожденных в перинатальной смертности снизилась с 49% до 38%.

Обращение к проблеме перинатальной смертности путем проведения такого рода конфиденциальных исследований случаев смерти является частью более широкого процесса, где 'целое больше, чем сумма его частей'. Все стороны работают совместно, используя доказательства, полученные при исследовании неблагоприятного исхода, для внесения изменений в практику. В ходе процесса сохраняется конфиденциальность в отношении пациентов и специалистов, и при этом обеспечивается богатый источник информации для обучения, и важная информация может использоваться клиницистами, руководителями и работниками сферы планирования служб здравоохранения. В своей недавней независимой оценке программы перинатального аудита в Республике Молдова от имени FIGO, агентство OPTIONS в Лондоне пришло к следующему заключению: «Успех данного проекта демонстрирует, что Молдову можно рассматривать в качестве международной модели, когда речь идет о хорошей практике в деле проведения аудита перинатальной смертности» [1].

#### **Литература**

1. Henderson-Nichol, K. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Project in Moldova – Baseline Review. Options, 2009. www.pi.nhs.uk/figo

#### **Петру Стратулат, MD, PhD**

Профессор, Институт охраны здоровья матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова  
perinat@mtc.md

#### **Jason Gardosi, MD, FRCOG,**

Профессор, Институт перинатологии Уэст-Мидлендс, Бирмингем, Великобритания  
gardosi@pi.nhs.uk

#### **Ала Куртяну, MD, PhD**

Заведующая отделения перинатологии, Институт охраны здоровья матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова  
perinat@mtc.md

#### **Татьяна Карауш, MD**

Научный сотрудник, Институт охраны здоровья матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова  
perinat@mtc.md

#### **Виктор Петров, MD, PhD**

Доцент, Институт охраны здоровья матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова  
perinat@mtc.md



# КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЕ РАССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ: КАК ОНИ СПОСОБСТВУЮТ ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЕВРОПЕ

## Предпосылки

Частота смерти женщин во время беременности или в течение шести недель после родов составляет 1 случай на 10 000 беременностей в Западной Европе, однако в странах к востоку от Европейского региона ВОЗ этот показатель до десяти раз выше. Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности (КРСМС) проводятся в некоторых странах, включая Соединенное Королевство, где методика КРСМС на протяжении десятилетий считалась инструментом независимого аудита в целях улучшения качества медицинского обслуживания (1). В настоящее время преимуществу КРСМС признаются более широко, и несколько стран Восточного региона вводят данную методику для обеспечения безопасной беременности (2).

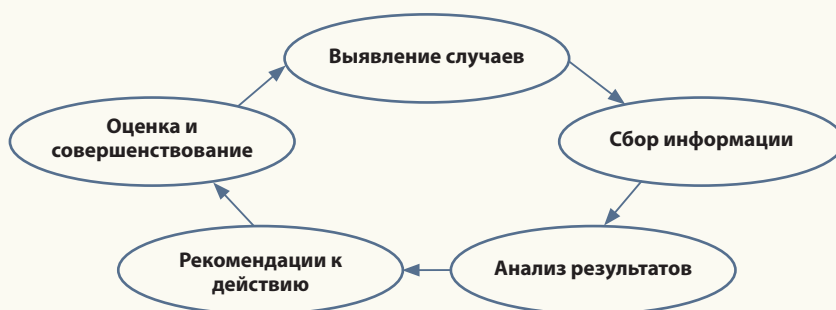
## Как КРСМС улучшает результаты

В большинстве стран после случая материнской смерти проводится местное расследование, чтобы выявить, имели ли место нарушения закона или недостатки в оказании клинической помощи. Также может быть возбуждено гражданское судопроизводство. Данные мероприятия направлены на поиск виновных, и при этом редко принимаются во внимание, какие уроки могут быть извлечены на местном или национальном уровне. Поскольку материнская смертность – явление нечастое, то у местных властей имеется мало опыта в проведении такого рода расследований. Могут быть несправедливо обвинены отдельные лица, однако упущены ошибки системы.

Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности, напротив, направлены на выявление факторов, которых можно было избежать, а также на выработку рекомендаций по их устранению, если возможно. Это является частью нескончаемого цикла аудита (Рис. 1). От лиц, вовлеченных в конкретный случай, требуется предоставление точной информации, и их письменные отчеты должны быть в анонимной форме представлены Комитету, состоящему из опытных клиницистов. Комитет анализирует все случаи материнской смертности по всей стране и пытается выявить модели, которые не являются очевидными, если исходить из отдельных случаев, включая факторы риска, ранние признаки угрозы, а также обычные ошибки и просчеты, касающиеся диагностики или лечения.

У Комитета широкая сфера ответственности. Его рекомендации могут

Рисунок 1: Анализ цикла



варьировать от улучшения доступа к медицинской помощи до подробных консультаций по технике применения анестезии. Он может потребовать выработать новые руководящие принципы на национальном уровне или провести дополнительное расследование в случае недостаточности доказательств. Комитет должен быть свободен от политических пристрастий, и его членам может потребоваться мужество, чтобы указать на неприятные факты. Рекомендации Комитета должны основываться на твердых доказательствах и всегда быть реалистичными, хотя и требующими иногда напряжения сил.

Существуют ли свидетельства того, что КРСМС улучшает качество медицинской помощи? Рандомизированные контролируемые исследования невозможны, исторические тенденции трудно интерпретировать, а показатели смертности, как правило, изменяются медленно. Тем не менее, в Соединенном Королевстве не вызывает сомнений, что КРСМС неуклонно способствовали улучшению ведения случаев преэклампсии – с ликвидацией смертности от перегрузки жидкостью. В Соединенном Королевстве использование рекомендаций резко уменьшило смертность от эмболии легочной артерии вследствие проведения кесарева сечения, и аналогичные результаты ожидаются в недалеком будущем в отношении антенатальной тромбоземболии (3).

## Варьирование уровня материнской смертности в Европе

Показатели (коэффициент) материнской смертности (КМС) в расчете на 100 000 беременностей в Европе широко варьируют, но без проведения КРСМС данные могут оказаться ненадежными. В Соединенном Королевстве, например, КМС составляет 13,95 согласно данным КРСМС, 7,05 согласно данным Свидетельств о смерти, и 8 по оценкам ВОЗ (4). КРСМС выявляют

случаи материнской смерти, которые иначе были бы пропущены; в частности это касается женщин из социально изолированных групп, бездомных или мигрантов. Признавая это, Ирландия (где КМС составляет “1”, т.е. самый низкий в Европе) планирует присоединиться к КРСМС, проводимым в Соединенном Королевстве, которые после этого охватят Великобританию и всю Ирландию. Аналогичных планов нет в Испании, Италии, Дании и Швеции, где КМС составляет “3”.

В Восточной Европе показатели значительно выше. Например, в Республике Молдова КМС составляет 22, в Албании 92, а в Казахстане 140. Эти данные вряд ли преувеличены. Они отражают имеющиеся географические барьеры, экономические различия и тот факт, что в практике клинического ухода не используются методы доказательной медицины. Также они отражают существовавшее в прошлом нежелание учиться на примерах неблагоприятных событий, вместо того, чтобы наказывать отдельных лиц (5).

## Стратегии поддержки для осуществления

Первым шагом в реализации КРСМС является обеспечение четкого понимания национальным или региональным правительством своих выгод. Министры должны знать, что конфиденциальность не будет использована для оправдания проступков, и они должны доверять профессионалам, которые будут проводить расследования. Не следует сразу же отменять существующие системы, но необходимо четко отделять КРСМС от этих систем и от гражданского судопроизводства. Необходимы правовые гарантии того, что юристы или политики не смогут получить доступ к информации, которую конфиденциально предоставляют клиницисты. (В Соединенном Королевстве материалы по конкретным делам сжигают или уничтожают перед публикацией Окончательного отчета.)



James  
Drife

Такая стратегия поддержки жизненно важна. КРСМС не могут быть введены внешними агентствами или профессиональными организациями без утверждения на высшем правительственном уровне.

### Трудности в проведении КРСМС

Нужно время, чтобы убедить министров и должностных лиц, что КРСМС используют для усовершенствования существующих систем. В большинстве стран политики часто меняются. Все они должны понимать, что КРСМС, конечно же, не является средством «быстрого решения» проблемы: в ближайшей перспективе после КРСМС показатель КМС начнет расти ввиду лучшего выявления фактов. Убедившись в необходимости данной методики, министр здравоохранения должен убедить своих коллег, в частности из Министерства юстиции.

Следует увлечь идеей профессиональные организации, которые, как правило, предпочитают существующее положение вещей («статус-кво»). Отдельных практикующих специалистов предстоит долго убеждать в том, что будет соблюдаться конфиденциальность. Практикующие специалисты по всей стране должны понять принципы КРСМС и детально обсудить методологию, с тем, чтобы вносимые предложения были приемлемы и целесообразны именно для данной конкретной страны. В большинстве стран, когда врачи тратят свое время на альтруистическую деятельность в составе Комитета, то их доходы страдают, и это следует признать. Также может оказаться сложным убедить врачей, что в состав Комитета должны входить акушерки.

### Роль партнеров

КРСМС – это только одна часть инициативы «Обеспечение безопасной бе-

ременности». Внедрение научно-обоснованной практики и исследований критических случаев «угрожающих жизни состояний» на базе стационаров обычно предполагает партнерства с другими внешними агентствами. Когда Комитет по КРСМС только начинает свою работу, ему необходимо обеспечить вклад как минимум одного внешнего консультанта. Опыт Республики Молдова и других стран показал, что без такого рода начального руководства Комитету трудно будет освободиться от старых способов мышления.

Потребность во внешней помощи быстро снижается, но по-прежнему существует необходимость налаживания партнерских отношений внутри страны – между клиницистами, политиками и менеджерами, а также между различными медицинскими специалистами и акушерками внутри Комитета. Следует вовлечь в работу все районы страны, чтобы обеспечить ощущение совместной принадлежности. Комитет должен укреплять партнерские связи с профессиональными организациями, которые регулируют клиническую практику, и с университетами, которые готовят следующее поколение практикующих врачей.

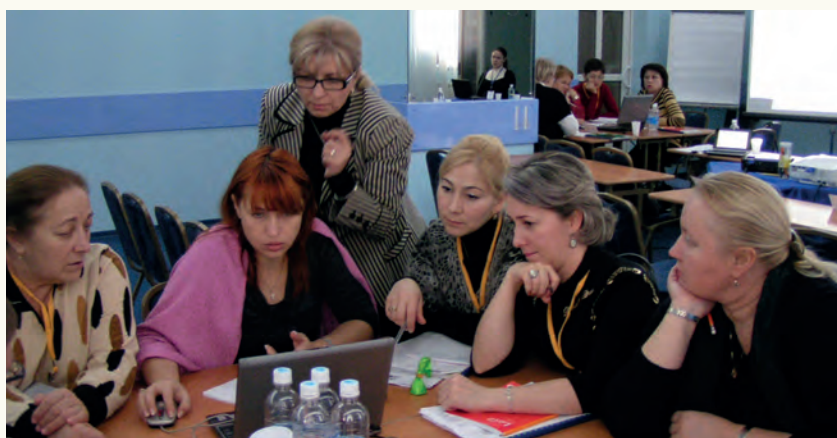
### Роль гражданского общества

Важна публикация результатов КРСМС. Будучи честными с общественностью и средствами массовой информации, профессионалы и политики завоевывают уважение, и политикам уже трудно игнорировать рекомендации, получившие поддержку в средствах массовой информации. Хотя непрофессионалы мало склонны к чтению подобного рода отчетов, они чувствуют себя увереннее, зная, что информация отчетов не держится в секрете. Влиятельные группы и журналисты будут информировать

женщин о стандартах медицинской помощи, на которую они вправе рассчитывать. В то же время, ожидания должны быть реалистичными, и Отчет напоминает женщинам о рисках, которые всегда будут присутствовать во время беременности. Высокое качество медицинского обслуживания требует наличия партнерских отношений между женщинами и теми, кто предоставляет помощь; и только при условии хорошей информированности женщин мы сможем продолжать обеспечивать безопасность беременности.

### Литература:

1. Lewis G (ed). The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). *Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: CEMACH, 2007.
2. Bacci A, Lewis G, Baltag V et al. The introduction of Confidential Enquiries into Maternal Deaths and near-miss case reviews in the WHO European Region. *Reprod Health Matters* 2007; 15: 145-52
3. Drife J. Maternal mortality in well-resourced countries: is there still a need for confidential enquiries? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008; 22: 501-15.
4. World Health Organization. *Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva: WHO 2007
5. Borchert M, Bacci A, Baltag V et al. Improving maternal and perinatal health care in the Central Asian Republics. *Int J Gynecol Obstet* 2010: Submitted for publication.



### James Drife, MD, FRCOG

Профессор, Факультет акушерства и гинекологии, Университет Лидса, Лидс, Великобритания  
j.o.drife@leeds.ac.uk

Фото 1:  
CEMD семинар в Ростове-на-Дону

## О МЕРАХ ПО СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ: РЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ 5-ОЙ ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ (ЦРТ)

Важность охраны материнского здоровья и обеспечения всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) подчеркивались в программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшейся в 1994 г. На этой конференции правительства 179 стран договорились о том, что каждый человек имеет право на СРЗ, и что предоставление этого права женщинам само по себе является приоритетом, кроме того – является фактором первоочередной важности для интенсификации социально-экономического развития стран. Через шесть лет, в сентябре 2000 г., согласно решению стран-членов ООН вопрос улучшения материнского здоровья стал пятой Целью Развития Тысячелетия. Снижение материнской смертности (МС) и достижение всеобщего охвата услугами СРЗ являются решающими факторами, обуславливающими достижение этой цели.

С 1994 года достигнут значительный прогресс в сфере СРЗ и репродуктивных прав. По сравнению с другими регионами мира, регион Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) добился относительно хороших результатов по снижению МС. Несмотря на потенциальное занижение показателей материнской смертности в ряде стран в данном регионе отмечено общее снижение уровня МС (Рис.1). Сегодня в странах ВЕЦА почти все беременные охвачены антенатальными (дородовыми) уходом и большинством родов происходят в присутствии квалифицированного медицинского персонала. В нескольких странах МС снизилась на половину.

Однако, несмотря на эти положительные тенденции, прогресс в деле снижения уровней МС в регионе не является всеобщим или последовательным. Даже в таких странах, как Грузия, бывшая Югославская Республика Македония, Украина, Болгария и Беларусь, которые в общем достигли хороших результатов в снижении МС, требуется сосредоточить усилия на том, чтобы удержать достигнутое и повысить качество услуг СРЗ. В 2008 г. в Республике Молдова, Сербии и Кыргызстане был зафиксирован более высокий уровень МС, чем в 2000 году. В Российской Федерации, Кыргызстане, Туркменистане и Армении в 2008 г. также был зафиксирован более высокий показатель МС, чем в 1990 (1). Хотя этот рост МС частично может объясняться переходом к

усовершенствованному, более точному мониторингу и опубликованию соответствующих данных, все же остается невыясненным ряд причин, почему достижения в области снижения МС не охватили полностью весь данный регион.

Разный уровень оказания услуг по охране материнского здоровья и предоставления соответствующей информации ощущается во многих странах. Существуют различия в распределении медицинского персонала между городскими и сельскими районами, а также барьеры, мешающие получить доступ к услугам по планированию семьи. Последние играют важнейшую роль по снижению количества небезопасных аборт и, таким образом, снижают риск материнских смертей.

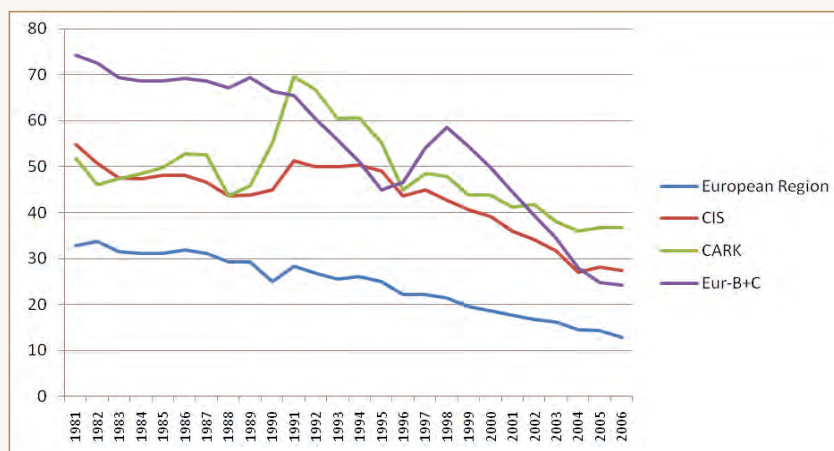
Несправедливость в распределении квалифицированных медицинских работников, стоимость услуг, недостаточное внимание общества, гендерное неравенство, а также слабая инфраструктура, включая отсутствие транспортного сообщения с пунктами оказания медицинской помощи – все это факторы, способствующие ограничению доступа к услугам в сфере материнского здоровья. Хотя ни в одной стране региона ни одной группе населения официально не отказано в доступе к таким услугам, есть данные, что на практике некоторые группы населения, в частности, молодежь, беженцы, этнические меньшинства и мигранты, чувствуют себя обделенными и с меньшей долей вероятности получают необ-

ходимые услуги. В целом, все хорошо понимают влияние всех этих барьеров на доступ к медицинской помощи, однако не всегда имеются доказательства. Барьеры, затрудняющие доступ к получению качественных услуг по охране материнского здоровья, и доступ к соответствующей информации – важная область будущих исследований в данном регионе.

Хотя в некоторых странах региона использования всех видов контрацептивных средств развито сравнительно высоко, в некоторых странах еще очень мало используются современные методы, например, процент их использования в Албании составляет 5%, в Азербайджане – 3%, а в Армении – 12%. В то же время, процент неудовлетворенных потребностей в современной контрацепции составляет 37% на Украине, 29% в Румынии, 34% в Армении, 16% в Казахстане и 13% в Узбекистане. Высокий уровень искусственных абортов во многих странах региона подтверждает, что потребность в эффективных методах контроля рождаемости не удовлетворяется.

За последние пятнадцать лет коэффициент абортов снизился с 1049 до 493 на 1000 случаев живорождения, а количество женщин, использующих контрацепцию, увеличилось (1). Однако в странах региона женщины все еще прибегают к абарту как к средству регулирования рождаемости. Доступ к современным контрацептивным средствам и консультации по планированию семьи имеют существенное значение

Рис. 1: Тенденции показателя материнской смертности за 1981- 2006 гг., Европейский регион ВОЗ



Источник: База данных ВОЗ/Europe Health for All, 2009

CIS = Содружество независимых государств (СНГ)

CARK = Республики центральной Азии и Казахстан

Eur-B+C = Албания, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, Болгария, Эстония, Грузия, Венгрия, Казахстан, Киргизстан, Латвия, Литва, Черногория, Польша, Республика Молдова, Румыния, Российская Федерация, Сербия, Словакия, Таджикистан, БЮР Македония, Турция, Туркменистан, Украина



Rita  
Columbia



Raquel  
Wexler

для снижения числа аборт – особенно среди молодежи.

Столь же важно повысить возраст первого сексуального опыта и первой беременности. Коэффициент фертильности среди женщин-подростков в возрасте от 15 до 19 лет в регионе составляет 29 на 1000 женщин, причем наиболее высокий коэффициент наблюдается в Болгарии, Турции, Узбекистане, Румынии и Республике Молдова, где фертильность молодежи часто самая высокая среди беднейших групп населения (6). В целом, молодежь хочет получать больше информации о планировании семьи и соответствующих услугах. Удовлетворение потребностей молодежи в этом плане могло бы снизить риск нанесения ущерба СРЗ, спасти жизни и повысить возможности молодых женщин в регионе.

Для критической оценки состояния дел в области охраны материнского здоровья и доступа к услугам СРЗ, 11 ноября 2009 года в Стамбуле (Турция) Фонд народонаселения ООН (ЮНФПА) организовал региональную конференцию по достижению Пятой ЦРТ (MDG 5). Конференция собрала представителей 20-ти правительств стран региона, а также представителей Международной федерации планирования семьи (IPPF), ВОЗ, ЕЭК ООН и ЮНИСЕФ. Стороны совместно разработали и утвердили Заявление о приверженности по достижению Пятой Цели Развития Тысячелетия к 2015 году и об основных действиях странами Восточной Европы и Центральной Азии (STATEMENT OF COMMITMENT AND KEY ACTIONS TO ACHIEVE MDG 5 BY 2015 IN EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA). В этом заявлении было конкретизировано общее согласие сотрудничества правительствами стран региона в ключевых действиях, которые должны обеспечить всеобщий доступ к услугам СРЗ. Эти действия, в частности, включают:

- Интенсификацию распределения отечественных и донорских ресурсов на всех уровнях, обеспечение адекватного распределения финансовых и кадровых ресурсов в области здравоохранения; разработку новаторских и целевых программ финансирования здравоохранения для повышения качества услуг по охране СРЗ – включая безопасность товаров, обеспечивающих СРЗ, а также улучшение контроля финансовых потоков;
- Анализ стратегий и законодательства, относящегося к СРЗ, соответ-

ствующим правам и выбору, для устранения препятствий, мешающих доступу к соответствующим услугам и товарам, особенно для молодежи и уязвимых групп населения, и для разработки механизмов применения законов;

- Установления связей между программой по улучшению СРЗ и программами профилактики, лечения, ухода и поддержки лиц, болеющих ВИЧ/СПИДом. Улучшение предоставления информации и услуг по снижению вреда и планированию семьи;
- Обеспечение гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин и предоставление услуг по охране СРЗ с учетом специфики полов;
- Обеспечение всеобщего доступа к обширной и исчерпывающей информации по СРЗ, предоставление соответствующих услуг молодежи и гарантия дружелюбности этих услуг к молодежи, их конфиденциальности, непредвзятости, доступности, а также базировании на признании и уважении существующего разнообразия;
- Расширение исследований и сбора данных по вопросам материнского здоровья, планирования семьи, репродуктивного поведения и потребностей уязвимых групп населения, что предоставит возможность принятия решения, основываясь на доказательствах;
- Улучшение отчетности по результатам усовершенствования систем мониторинга и оценки программ СРЗ в странах; и
- Сотрудничество с организациями гражданского общества с целью просвещения общественности и уязвимых групп населения на предмет СРЗ, включая охрану материнского здоровья; повышение спроса на услуги СРЗ – особенно в области планирования семьи; - и поддержку здорового образа жизни особенно среди молодежи, мигрантов, меньшинств и бедных слоев населения.

Мы рассчитываем на то, что эти обязательства и действия будут использованы для достижения прогресса в области охраны материнского здоровья и всеобщего доступа к услугам СРЗ, а также усилят политическую ответственность за обеспечение СРЗ и прав в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

#### Список литературы:

1. WHO European Health for All Database. <http://data.euro.who.int/hfadb> Accessed March 29, 2010.
2. CDC, USAID, UNFPA, UNICEF, INSTAT [Albania], IPH [Albania] and Ministry of Health [Albania]. *Albania: Reproductive Health Survey, 2002*. Final Report. CDC: Atlanta, 2005.
3. CDC, USAID, UNFPA, UNHCR, ADRA [Azerbaijan], SCS [Azerbaijan], MC [Azerbaijan], and Ministry of Health [Azerbaijan]. *Reproductive Health Survey Azerbaijan, 2001*. CDC: Atlanta, 2003.
4. National Statistical Service [Armenia], Ministry of Health [Armenia], and ORC Macro, *Armenia Demographic and Health Survey 2005*. Calverton, Maryland: National Statistical Service, Ministry of Health, and ORC Macro, 2006.
5. CDC and ORC Macro. *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*. CDC: Atlanta and ORC Macro: Calverton, 2003. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/Survey-Countries.htm#33>
6. World Development Indicators, World Bank 2007; <http://data.worldbank.org/indicator/sp.do.tfrt>

Rita Columbia, MD,  
Reproductive Health Advisor,  
UNFPA EECA Regional Office  
[columbia@unfpa.org](mailto:columbia@unfpa.org)

Raquel Wexler  
Regional Communications Consultant,  
UNFPA EECA Regional Office  
[wexler@unfpa.org](mailto:wexler@unfpa.org)

#### ДОСТУП ЦЫГАНСКИХ ЖЕНЩИН К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Цыгане составляют 2,2% населения бывшей Югославской Республики Македония. Большинство цыган имеет незначительный доступ к государственным учреждениям, так как 76% их не имеет паспортов, почти половина (46%) – не имеет свидетельства о браке, а одна десятая цыган не имеет статуса гражданина. Коэффициенты рождаемости среди цыганских женщин высоки, средний возраст первой беременности у них составляет 15-18 лет, а уровни использования контрацептивных средств – низкие. Цыганские женщины подвергаются дискриминации со стороны представителей медицинских профессий. Неблагополучный статус женщин цыганской национальности также отражают показатели использования ими услуг здравоохранения, так как показатели дородового наблюдения среди цыганок – намного ниже, чем средние показатели населения в целом; то же самое относится и к проценту родов в условиях больницы. (Источник: Доклад ЕЕКАРО MDG 5).

# ГОЛОСА МАТЕРЕЙ: ЧТО МОЖНО УЗНАТЬ ОТ СЕМЕЙ И МАТЕРЕЙ, КОТОРЫЕ ВЫЖИЛИ ПОСЛЕ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ПОЗНАЛИ УТРАТУ. МОЖЕТ ЛИ ТАКОЕ СЛУЧИТЬСЯ В ВАШЕЙ СТРАНЕ?

**С 2004 года в рамках программы ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности (ОББ)» в ряде стран Европейского региона были введены методы и подходы «Что кроется за цифрами» (ЧКЗЦ), включая исследования осложнений угрожающих жизни (ИОУЖ).**

**П**ри расследовании критических случаев методика ИОУЖ дает возможность прислушаться к голосам женщин, дающих интервью, которые проводят и результаты которых обобщают квалифицированные специалисты. Данный компонент ИОУЖ, ранее рассматриваемый медицинскими работниками как не столь важный, выявил значительный потенциал в плане представления проблемы именно так, как ее видят люди, пользующиеся услугами. Также он дает возможность увидеть большое человеческое достоинство, выдержку и получить поразительную информацию о трудностях, с которыми часто сталкиваются женщины и их семьи во время родов, и которые могут привести к смерти матери и/или младенца. Как было доказано, голоса матерей оказались полезными в отношении повышения качества медицинской помощи и улучшения доступа к базовому медицинскому обслуживанию во время беременности и родов.

Как региональный координатор по ОББ Европейского регионального бюро, я могла бы, несомненно, написать статью, которая высвечивает несправедливость в вопросах охраны здоровья матерей, однако для того, чтобы почувствовать, какую энергию несет каждое слово в ходе проведения ИОУЖ, нет ничего более убедительного, чем выслушать историю, рассказанную самой матерью. Следующая история послужит именно для такой цели: она даст возможность Вам, читателю, выйти за рамки цифр и услышать голос матери.

Ниже приводится реальная история, рассказанная со слов женщины. История была записана во время работы Европейского регионального бюро ВОЗ в одной из стран Европейского региона. Рассказ анонимизирован с целью соблюдения конфиденциальности в отношении мест и людей, вовлеченных в данный случай. Предыстория такова: у беременной женщины, которая приехала из сельской местности в столицу, развиваются тяжелые гипертензивные осложнения, связанные с беременностью. Во время всех ее скитаний ее ребенок умирает, и сама она чуть не умерла из-за развившихся тяжелых осложнений. Ваша задача как читателя – выйти за рамки фактов и в действительности «увидеть» эту историю: как женщина обращалась за помощью в различные поликлиники и больницы, с какими серьезными испытаниями она сталки-

валась, длительное время ожиданий, приходы и уходы, сколько денег ей пришлось заплатить, а также осознать всепоглощающее чувство горя и страдания, выпавшие на ее долю и на долю ее семьи.

После 7 лет работы по методологии «Что кроется за цифрами» и анализа случаев угрожающих жизни мы признаем, что подобное может происходить каждый день во многих местах этого региона. Пока вы будете читать, задайте себе вопрос: **Может ли такое случиться в вашей стране?**

## **Голос матери**

“Я снимаю дом в недавно построенном районе столицы. Мы приехали вместе с моей семьей из маленького городка, чтобы заработать денег: мой муж, две дочери и я. Раньше я работала на трикотажной фабрике. Мне выдали временный вид на жительство. В конце ноября я пошла на УЗИ в поликлинику, где мне определили срок беременности 8 недель. Я обратилась в регистратуру поликлиники, где до беременности у меня находилась амбулаторная карта, и на основании наличия временного вида на жительство я имела право на получение больничного листа и амбулаторного лечения. Мне сказали обратиться к семейному врачу.

Сначала врач отказалась поставить меня на учет, несмотря на все мои доводы (временный вид на жительство, амбулаторная карта). Затем она сказала мне, что я должна заплатить деньги (сумму, эквивалентную 5,6 доллара) и пройти обследование у врача-терапевта. В тот момент у меня не было с собой денег, но я вернулась через 4 дня и заплатила требуемую сумму. Я сдала все анализы и за каждый заплатила по 1,2-1,4 доллара.

Во время моего первого посещения врача-акушера она сказала мне, что результаты влагалищного мазка у меня не очень хорошие, и что мне нужен курс спринцеваний, за который тоже нужно было заплатить. Однако из-за отсутствия денег и времени я спросила, могу ли я делать орошения в домашних условиях. Меня послали на обследование к терапевту, который заполнил другую карту, и сказал, что за это нужно заплатить. Я поставила терапевта в известность, что в 2002 году, когда я находилась в Хх (другой стране), я заболела туберкулезом легких и получила пол-





Alberta Bacci

ный курс лечения.

Я продолжала посещать гинеколога, хотя та никогда не назначала время следующего визита и не давала никаких консультаций. Во время моих визитов она никогда не измеряла мне артериальное давление. Как-то у меня поднялась температура, был грипп, простуда. Я обратилась за помощью к гинекологу, которая отказала мне в выдаче больничного листа для предъявления моему работодателю и объяснила это тем, что только терапевты имеют право выдавать больничные листы. Я обратилась к терапевту, которая сначала тоже отказала, а потом сказала, что если я заплачу сумму в 5,6 доллара, она выпишет мне больничный. В тот момент у меня не было свободных денег (деньги нужны были на обучение моей дочери), и я ушла домой. Я продолжала работать, несмотря на простуду.

Во время посещения врача я обращала внимание на ругань и выражение недовольства, игнорирование моих жалоб по поводу отеков и набора веса, на что я указывала сама. Во время моего последнего посещения, когда я пришла к врачу с жалобой на головные боли и отеки, она первый раз измерила мне артериальное давление; оно оказалось 145/100. Мне сделали в/м укол сульфата магния и вызвали бригаду неотложной помощи. Когда приехала Скорая, доктор заявила, что сделала мне сульфат магния в/в, измерила вес, что не соответствовало действительности.

Чтобы родственники были в курсе, я попросила позвонить моей сестре и рассказать им, что со мной, но, к сожалению, никто этого не сделал. Родственники узнали о моей госпитализации только вечером, когда я позвонила им из приемного покоя роддома. Моя сестра очень разволновалась по поводу меня и моих дочерей, которые остались с нею после школы, и тоже очень беспокоились.

В роддоме меня осмотрели, сделали анализы, результаты оказались плохими, мне назначили лечение. Со мной поговорили и сказали, что ребенок в утробе не растет, остается очень маленьким. Мой муж купил препарат Актовегин. Почему-то меня направили в частную лабораторию, чтобы сделать анализ мазка. Мне пришлось идти в лабораторию пешком, я заплатила, мне сделали анализ. По результатам анализа нужна была консультация уроло-

га, и врач направила меня к урологу в крупную больницу, но т.к. это было далеко, я пошла пешком в больницу, которая была ближе всего. Мне сделали УЗИ, но ничего не обнаружили. На мой вопрос, почему у меня отеки, мне ничего не ответили. Я заплатила за консультацию и УЗИ.

Потом я почувствовала себя плохо: началась рвота, головная боль. Мне измерили артериальное давление, оно оказалось высоким, сделали укол, я не знаю, какой, и забрали в отделение интенсивной терапии. Там меня тщательно обследовали в течение 2 дней. Заведующий отделением рассказал мне об угрожающих признаках, и меня перевели в отделение патологии. Тем же вечером у меня начались боли в животе, как будто я начала рожать. Была тошнота и рвота, небольшая головная боль. Дежурный врач осмотрел меня и сказал, что сердцебиение плода в норме. Утром меня осмотрели палатный врач и заведующая отделением, и мне сказали, что сердцебиение плода нехорошее, слабое. Меня направили на ультразвуковую доплерографию в какую-то частную клинику. Я не знала, сколько будет стоить исследование и попросила соседку по палате, чтобы я поехала с ней, когда приедет такси. По дороге у меня начались сильные боли в животе, которые я едва терпела. В частной клинике была очередь по записи, и они могли в порядке очереди провести мне исследование только через 4 дня. В случае срочности мне надо было заплатить больше, но у меня не было с собой достаточно денег (около 8,5 долларов); боли в животе стали еще сильнее.

Я вернулась в родильный дом, и палатный врач направила меня на ультразвуковое обследование в другой частный кабинет. Во время УЗИ мне сказали, что сердцебиение плода слабое, плод располагается неправильно, находится в поперечном положении. После такого результата врач послала меня на еще одно ультразвуковое тестирование в другой медицинский центр. К тому времени уже приехали мой муж и дочь, взяли такси, и мне пришлось идти к машине. Когда моя дочь меня увидела, она испугалась: я выглядела «как шкаф». Когда мы приехали в медицинский центр, специалиста по УЗИ там не было, она куда-то ушла, поэтому мне пришлось ждать. Затем врач обследовала меня и сказала, что у меня внутреннее кровотечение, и сердцебиение плода слабое. Она проверила, нет ли

влагалищного кровотечения, и спросила, что я ощущаю. Я ответила, что у меня сильные боли в животе. Специалист по УЗИ поговорила с другим консультантом по телефону, мы заплатили за обследование и вернулись в роддом на такси. Я с трудом держалась, боли в животе не прекращались.

Мы приехали в 11.30. Палатный врач и заведующая отделением хотели знать, когда я ела. Я сказала им, что утром ела кашу, а в 10.00 выпила воду и 100 гр. сока. Мне сказали, что т.к. я поела, то операцию мне будут делать в 16.00 или 17.00. Я оставалась в палате, стали приезжать родственники. Около 16.00 мне стало совсем плохо: боли в животе стали разлитыми и усилились, зрение помутилось. Моя сестра хотела прийти и помочь мне, но ее не впускали, т.к. был тихий час. Несмотря на это она смогла войти в отделение и стала искать врача. Персонал сказал ей, что операционная занята; сестра привела в палату какую-то русскую женщину, которая осмотрела меня и сказала, что сердцебиение плода отсутствует. Эта же женщина сказала, что операционная свободна, и что было только две операции с утра.

Меня взяли в операционную. Сказали, что у меня сильное кровотечение, прибыл профессор. Ночью мне делали переливание крови. Сначала мой муж купил и привез кровь, потом мне переливали кровь бесплатно. За мной хорошо ухаживали, осматривали каждый день. Я хотела бы поблагодарить заведующего отделением интенсивной терапии и профессора.

Мой муж отказался от вскрытия нашей умершей дочери, которую назвали Амина. Работодатель предоставил гуманитарную помощь в размере 28 долларов. Я не знаю, кто выдаст больничный, дающий право на отпуск по беременности и родам, может быть его выдадут здесь.”

**Может ли такое произойти в вашей стране?**

**Alberta Bacci, MD**  
Региональный координатор,  
Программа «Обеспечение безопасной беременности»  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Копенгаген, Дания  
aba@euro.who.int

# ДОСТУП К УСЛУГАМ ПО УЛУЧШЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УКРАИНЕ: ЧТО МЫ УЗНАЛИ ОТ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

Несмотря на факт, что система общественного здравоохранения в Украине обеспечивает всеобщий доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию для беременных женщин, коэффициент материнской смертности (КМС) остается высоким, и уровень смертности среди матерей здесь приблизительно в два-три раза выше, чем в большинстве стран Западной Европы.

Тренинг по Международной программе ALARM (МПА) – это рассчитанная на 5 дней инициатива, разработанная Обществом акушеров и гинекологов Канады (ОАГК) для медицинских работников, участвующих в предоставлении акушерской помощи. Программа МПА нацелена на совершенствование понимания ее участниками социальных, экономических, культурных и юридических факторов, которые препятствуют доступу женщин к услугам и информации в области сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), и выступает за улучшение СРЗ женщин, что будет способствовать соблюдению принципа социальной справедливости.

В Украине программа МПА была предложена в качестве проекта, направленного на совершенствование знаний и навыков врачей-акушеров и акушеров в рамках инициативы, поддерживаемой FIGO в 2006-2009 гг. Однодневный семинар в ходе тренинга был посвящен проблеме повышения осознания участников важности подхода СРЗ при предоставлении услуг здравоохранения матерям и новорожденным. В рамках этого мероприятия поставщики услуг заполняли форму самостоятельной оценки того, что, по их мнению, является основными препятствиями, с которыми сталкиваются женщины в поисках услуг в области СРЗ, и какие вредные практики, отрицательно повлиявшие на СРЗ женщин в Украине, они наблюдали в учреждениях здравоохранения. Были собраны и проанализированы данные 16 тренингов (более 800 участников). Данные факторы были рассмотрены с использованием модели «трех задержек» в качестве средства для более полного понимания препятствий на пути предоставления медицинской помощи, а также того, что потенциально должно быть сделано для преодоления указанных препятствий.

## Рассмотрение фактора через призму модели Трех Задержек

### Задержка 1: Обращение за помощью

При возникновении осложнений, решение обратиться за помощью является первым шагом, который должна предпринять женщина, ее семья, и/или лицо(ца), ухаживающее за ней, с тем чтобы женщине был обеспечен доступ

**Таблица 1. Факторы, влияющие на решение обратиться за помощью, связанной с СРЗ, в Украине**

<b>Недостаточное медико-санитарное просвещение</b>
В целом отсутствие санитарного просвещения, включая понятие о здоровом образе жизни <ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие полового воспитания как в семье, так и в школе</li> <li>недостаточная информированность об ИППП, абортах и контрацепции</li> <li>недостаточное знание и отсутствие информации по СРЗП</li> </ul>
<b>Низкое качество информации и консультирования</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие до- и послеабортного консультирования</li> <li>низкое качество информации, относящейся к выбору лечения</li> </ul>
<b>Отсутствие информации</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>о том, где можно найти соответствующую медицинскую помощь в случае необходимости, и отсутствие возможности выбрать врача</li> </ul>
<b>Вопросы, связанные со временем</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие времени для визита к врачу ввиду большого объема работы и продолжительности рабочего дня</li> <li>длительное время ожидания в антенатальной клинике и женской консультации</li> <li>часы работы медицинских учреждений совпадают с часами работы клиентов</li> <li>длительное ожидание до получения результатов обследования, прежде чем будет назначено лечение</li> <li>время приема пациентки поставщиком услуг очень непродолжительное (ограничено 12 минутами)</li> </ul>
<b>Стоимость услуг</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>высокая стоимость контрацептивов, лечения бесплодия, диагностических процедур и другого медикаментозного лечения</li> <li>дополнительные расходы на услуги, несмотря на то, что такие услуги должны предоставляться бесплатно</li> </ul>
<b>Религиозные барьеры</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>связанные с сексуальным просвещением, контрацепцией, абортами, переливанием крови пациенткам в критическом состоянии</li> </ul>
<b>Культурные факторы, такие как гендерное неравенство</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>дисбаланс экономической активности женщин в браке с полной зависимостью от мужчин</li> <li>неспособность к принятию решений из-за низкого статуса в семье</li> <li>гендерное неравенство на рабочем месте (напр., низкая зарплата, неоплачиваемый декретный отпуск, отсутствие равных возможностей при трудоустройстве для беременных женщин)</li> <li>насилие в отношении женщин (напр., сексуальное насилие, насилие в семье, торговля женщинами, отсутствие государственной программы поддержки жертв насилия)</li> </ul>

**Таблица 2. Психологические барьеры, связанные с поиском услуг в области СРЗ в Украине**

<b>В Украине зачастую не соблюдается право женщин на частную жизнь и конфиденциальность</b>
Поставщики услуг не поддерживают процесс принятия решений, который позволяет женщинам делать информированный выбор, касающийся их СРЗ: <ul style="list-style-type: none"> <li>недостаточная информация и просвещение в отношении характера лечения, осложнений, вариантов и результатов выбора</li> <li>недостаточное понимание концепции информированного согласия</li> <li>отказ поставщиков услуг предоставлять консультативную помощь пациенту</li> <li>неуважение выбора пациента</li> </ul>
Не обеспечивается право на конфиденциальность: <ul style="list-style-type: none"> <li>конфиденциальность не соблюдается</li> <li>проблемой является соблюдение права на частную жизнь (напр., женщин, приходящих рожать, и женщин, приходящих на прерывание беременности, часто размещают в одном помещении).</li> <li>женщины, особенно из бедных слоев населения, боятся, что на них косо посмотрят и осудят.</li> <li>отсутствует возможность анонимного получения услуг</li> </ul>
Не соблюдается принцип недискриминации: <ul style="list-style-type: none"> <li>некоторые категории женщин сталкиваются с дискриминацией (напр., женщины, имевшие многочисленные беременности, подростки, матери-одиночки, женщины с ИППП, люди живущие с ВИЧ, инвалиды, представительницы сексуальных и религиозных меньшинств).</li> <li>пациенткам с тяжелыми общими заболеваниями может быть отказано в доступе к дородовой помощи, чтобы снизить показатель осложнений</li> </ul>
<b>Недостаточные навыки консультирования:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие сочувствия у врачей (напр., отношение поставщиков услуг к пациенткам может быть негативным, субъективным и не поддерживающим пациента)</li> <li>отсутствие навыков консультирования (напр., отсутствие навыков вовлечения клиента в беседу, умения активно слушать)</li> </ul>



**Таблица 3. Факторы, влияющие на доступ к услугам в области СРЗ в Украине**

Географические барьеры
<ul style="list-style-type: none"> <li>• большие расстояния, отдаленные сельские районы с нехваткой медицинских учреждений</li> <li>• большие расстояния до медицинских учреждений 2го и 3го уровня</li> <li>• организация здравоохранения по географическому принципу, когда для доступа к медицинской помощи в конкретном регионе необходимо указать официальную регистрацию (прописку) и адрес</li> </ul>
Проблемы, связанные с транспортом
<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие какого-либо транспорта в некоторых сельских районах</li> <li>• плохая дорожная инфраструктура</li> <li>• отсутствие машин скорой помощи в медицинских учреждениях для транспортировки пациентов в случае необходимости</li> </ul>
Проблемы с коммуникацией
<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие средств коммуникации</li> </ul>

**Таблица 4. Факторы, влияющие на доступ к качественной медицинской помощи в Украине**

Наличие и квалификация персонала
<ul style="list-style-type: none"> <li>• количество персонала часто недостаточное, особенно в сельских районах</li> <li>• низкий уровень знаний и навыков у поставщиков услуг (низкий уровень знаний и навыков у семейных врачей, медицинский персонал недостаточно опыта или возможности для выполнения определенных задач, отсутствие стандартов подготовки медицинских кадров)</li> </ul>
Проблемы с ведением конкретных случаев
<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие бригадного подхода</li> <li>• коммуникация и взаимодействие между медицинскими работниками часто неэффективны</li> <li>• применяемые практики могут не соответствовать современным имеющимся доказательствам</li> <li>• недостает алгоритмов принятия решений в случаях неотложной медицинской помощи</li> <li>• отсутствует культура аудита</li> </ul>

к адекватной медицинской помощи. Поставщики услуг выделили несколько факторов, способных повлиять на такое решение в Украине (Таблица 1 и Таблица 2). Эти факторы создают среду, которую характеризуют отсутствие доверия к медицинским работникам, страх быть непонятым, разочарование в качестве полученной медицинской помощи и, в конечном итоге, задержки в получении медицинской помощи.

#### **Задержка 2: Доступ к надлежащей медицинской помощи**

Когда решение обратиться за медицинской помощью принято, должен иметься доступ к соответствующим службам. Среди основных факторов, определенных как препятствия на пути доступа к медицинской помощи, называют географическое местоположение, проблемы с транспортом и трудности, связанные с коммуникацией (Таблица 3).

#### **Задержка 3: Доступ к качественной медицинской помощи в медицинском учреждении**

Когда женщина прибывает в медицинское учреждение, то так же важно, чтобы она получила доступ к необходимым услугам неотложной медицинской помощи. Задержка доступа к медицинской помощи зависит, как правило, от ряда факторов, таких как количество и уровень квалификации персонала, наличие лекарств, расходных материа-

лов и крови, а также от общих условий в конкретном учреждении (Таблица 4).

#### **Вредные практики**

Поставщики услуг также указали на некоторые вредные практики, которые, с их точки зрения, негативно влияют на СРЗ женщин в Украине, включая следующее:

- ранний прием в родильное отделение перед родами приводит к увеличению числа вмешательств;
- агрессивное ведение родов, такое как ранняя амниотомия, стимулирование родов без надлежащих на то показаний и частые вагинальные исследования;
- партограммы заполняются после родов (а не во время родов);
- обычное выскабливание матки после родов;
- без согласия женщины выполняются процедуры, такие как стерилизация во время кесарева сечения и введение ВМС после искусственного аборта; и
- полипрагмазия.

Таким образом, женщины в Украине крайне нуждаются в хорошо налаженной защите их СРЗП.

#### **Резюме**

Все медицинские работники, вовлеченные в предоставление услуг в области СРЗ, должны осознать причины и препятствия на пути предоставления услуг, связанных с СРЗ. Кроме того,

они должны начать принимать меры по использованию всех эффективных стратегий для преодоления этих препятствий. Эти стратегии должны соответствовать профессиональным обязанностям, определенным в Кодексе FIGO по этике, и охватывать три конкретные области: профессиональную компетентность; права женщин на личную жизнь и конфиденциальность; и ответственность перед обществом (2). Лица, вовлеченные в предоставление услуг в области СРЗ, должны пропагандировать и поощрять СРЗП женщин на основе приверженности соблюдению прав человека и этических принципов при оказании женщинам помощи в области СРЗ. Благодаря партнерству с Международной федерацией акушерства и гинекологии (FIGO) и Обществом акушеров-гинекологов Канады (SOGC), мы, как поставщики услуг, работаем для того, чтобы сделать это реальностью для всех женщин в Украине.

Адрес для корреспонденции: imogilevkina@gmail.com

#### **Литература**

1. International Federation of Obstetrics and Gynaecology. *FIGO Professional and Ethical Responsibilities Concerning Sexual and Reproductive Rights*. FIGO; November 2003.

#### **Ирина Могилевкина, MD, PhD**

профессор, Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Донецкий государственный медицинский университет, Украина

#### **Николай Шпатусько, MD, PhD**

доцент, Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Донецкий государственный медицинский университет, Украина

#### **Наталья Морозова, MD, PhD**

доцент, Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Донецкий государственный медицинский университет, Украина

#### **Александр Кулик, MD,**

Главный акушер-гинеколог, Управление здравоохранения Винницкой областной государственной администрации, Украина

#### **Vyta Senikas, BSc, MDCM, FRCS,**

MBA, Associate Executive Vice-President SOGC, Канада

#### **Liette Perron,**

Руководитель проекта, SOGC Partnership Program, Канада

#### **Andre Lalonde, MD,FRCS**

Executive Vice President SOGC, Канада

# ПОЧЕМУ ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ НИЗКИЙ? ОТ АНАЛИЗА ДАННЫХ СТАТИСТИКИ - ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

## Предпосылки

Статистика показывает, что Республика Молдова является беднейшей европейской страной с уязвимой экономикой, которая в значительной степени зависит от денежных переводов граждан, работающих за рубежом. С момента своего возникновения после распада Советского Союза эта маленькая страна в Восточной Европе, не имеющая выхода к морю, прошла через длительный переходный период, который привел к резкому росту нищеты и разрушил системы социального обеспечения и здравоохранения, когда они были необходимы больше всего. В 2007 году в Молдове валовой национальный доход (ВНД) на душу населения составил всего лишь 2 930 долларов США (ППС в пересчете на доллары США), что составляет немногим более одной десятой среднего ВНД на душу населения в Европейском регионе (т.е. 21 612 долларов США) (1).

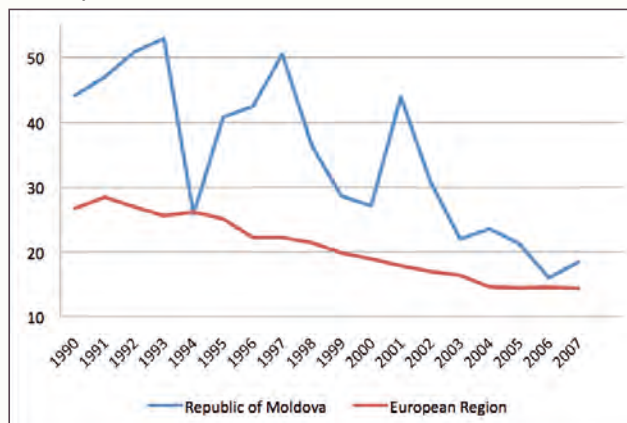
Однако, несмотря на экономические проблемы, бедность и социальное неравенство Республика Молдова достигла существенного прогресса в деле улучшения здоровья матерей. Коэффициент материнской смертности в период 1990 – 2007 гг. колебался - с максимальным показателем 52,89 случаев смерти на 100 000 живорождений в 1993 году и минимальным показателем 15,96 в 2006 году (Рис. 1).

Ввиду этого настоящая статья является краткой попыткой осмысления, каким образом Республика Молдова смогла улучшить ситуацию с охраной здоровья матерей и сохранить тенденцию к снижению показателя материнской смертности, несмотря на тяжелые экономические и социальные условия.

## Правительственная система

Одно из очевидных объяснений касается сильной приверженности и неустанных усилий правительства Республики Молдова в деле обеспечения повышения качества услуг здравоохранения. С 1990-х годов, когда страна объявила независимость, правительство Молдовы тратило девять-двенадцать процентов общего бюджета на усовершенствование системы здравоохранения в стране. В целом страна тратит 9,4% своего ВВП на здравоохранение (данные статистики за 2006 год), что в номинальном выражении составляет 242 доллара на душу населения (1). Это не так много, если учесть, что соседние страны, такие как Румыния и Украина, тратят минимум в два раза

Рис. 1: Тенденции в области материнской смертности в Республике Молдова (1990-2007 гг.)



Источник данных: Европейская база данных «Здоровье для ВСЕХ». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/hfad/>) данные за февраль 2010

больше. Однако, несмотря на ограниченные ресурсы, Республика Молдова провела ряд реформ, направленных на рационализацию своей системы услуг здравоохранения. Базовый пакет услуг обеспечивается за счет обязательного медицинского страхования. Кроме того, государство обеспечивает минимальный пакет услуг медицинской помощи для незастрахованных лиц. Беременные женщины автоматически охватываются системой медицинского страхования. Кроме того, по закону медицинские услуги, предоставляемые женщинам во время беременности, родов, или в послеродовой период, оплачиваются государством.

В Республике Молдова охрана здоровья матерей и детей обеспечивается амбулаторно в поликлиниках на уровне первичного звена здравоохранения, а для более сложных случаев создана сеть консультативных учреждений и специализированных больниц. Начиная с 1997 года услуги родового ухода, ранее обеспечиваемые акушерками-гинекологами, перешли в ведение врача общего профиля (семейного врача). Как правило, беременные женщины имеют доступ к родовому уходу через учреждения первичной медико-санитарной помощи, а именно, центры семейной медицины, медицинские центры и кабинеты семейных врачей. Помощь при родах оказывается в акушерско-гинекологических отделениях и родильных отделениях районных и муниципальных больниц, а также в специализированных (третьего уровня) медицинских учреждениях, таких как Научно-исследовательский институт охраны здоровья матери и ребенка. Кроме того, беременные женщины не привязаны в плане медицинского об-

служивания к своему географическому месту проживания и могут выбирать, какими услугами по охране материнства им воспользоваться.

В 2005 году Исследование в области демографии и здоровья подтвердило, что в Республике Молдова практически при каждом роде присутствовал квалифицированный медицинский работник. По данным исследования, почти в 91 проценте случаев родов присутствовал врач, а в остальных случаях присутствовала медсестра или акушерка (2).

На национальном уровне долгосрочные приоритеты в плане улучшения охраны здоровья матерей были сформулированы в Национальной стратегии в области репродуктивного здоровья на 2005-2015 гг. Данный стратегический документ включает комплекс задач и мер, нацеленных на развитие сотрудничества поставщиков медицинских услуг и организаторов здравоохранения в целях улучшения материнского и репродуктивного здоровья.

Кроме того, в 2001 году Республика Молдова была выбрана для участия в реализации инициативы ВОЗ по Обеспечению безопасной беременности в Европейском регионе в качестве пилотной страны. В рамках этой инициативы был осуществлен ряд вмешательств на политическом уровне и на уровне предоставления услуг здравоохранения, таких как усовершенствование политик, норм и правил, а также вмешательства в области развития человеческих ресурсов. Инициатива также внесла дополнительный вклад в оснащение поставщиков медицинских услуг современными знаниями о соответствующих технологиях (3). Одним из вмешательств, осуществленных

# В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА “ОТНОСИТЕЛЬНО К ПОВЕДЕНИЮ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕМУ



Oxana Gavrilita

в стране, является методология «Что кроется за цифрами»; она обеспечила важную информацию об охране здоровья матерей. Часть собранной информации помогла выявить культурные факторы, сыгравшие роль в улучшении охраны материнства.

## Обращаемость за медицинской помощью

Кроме приверженности и поддержки со стороны правительства, важным фактором, способствующим поддержанию относительно низких уровней материнской смертности, является поведение, определяющее обращаемость за медицинской помощью в молдавском обществе в целом. Культура страны подчеркивает сущность семьи как основы общества. Однако последнее Исследование в области демографии и здоровья (2005 год) показывает, что молдавские женщины и мужчины хотя и имеют, как правило, небольшие семьи. Тем не менее, каждая молодая семья хочет иметь, по крайней мере, одного ребенка. Бездетные пары воспринимаются как аномалия и находятся вне привычных норм и ценностей. Поэтому родители и родственники поощряют молодые семьи иметь детей. Это часть формулы успеха и процветания для молдавской семьи. Следовательно, когда пара ожидает ребенка, это, как правило, считается выдающимся событием, и они сделают все от них зависящее для обеспечения адекватной медицинской помощи, даже если это означает неофициальную оплату услуг или подарки. Фактически, как часть проявления поведения, определяющего обращаемость за медицинской помощью, жители Молдовы, как и многих других республик бывшего Советского Союза, готовы платить неофициально, чтобы получить услуги самого лучшего качества (4), особенно когда дело доходит до родов. Вся семья будет экономить, чтобы заплатить за безопасность и охрану здоровья матери и ребенка. Более того, анекдотные факты свидетельствуют, что в большинстве случаев пациент, в данном случае беременная женщина, находят альтернативные способы оплачивать медицинскую помощь в связи с рождением ребенка (оплата услуг наличными). Одним из таких свидетельств является заимствование в собственной семье или между семьями.

Кроме того, в настоящее время почти каждый платит непосредственно за здоровье, официально и/или неофици-

ально, и это стало, к сожалению, широко принято в обществе. Существует распространенное мнение, что качество медицинского ухода зависит от способности пациента выразить благодарность в денежной форме. Однако это часто нарушает принцип справедливости и равенства в доступе к медицинским услугам. Так, например, более обеспеченные получают более качественное обслуживание, чем бедные и уязвимые слои населения. Этот факт также объясняет, почему большинство случаев материнских смертей (58%) происходит в сельских районах (5), где наиболее остро ощущаются проблемы, связанные с нищетой.

## Вывод

Относительно низкие показатели материнской заболеваемости и смертности в Республике Молдова объясняются сочетанием усилий правительства и поведением общества, определяющим обращаемость за медицинской помощью. Охрана здоровья матерей является одним из приоритетных вопросов в повестке дня правительства; этот факт явствует из участия Республики Молдова в различных международных инициативах, таких как Программа действий МКНР, и в проектах ВОЗ, типа программы по обеспечению безопасной беременности, включая методологию «Что кроется за цифрами». Наряду с другими странами Республика Молдова стремится к достижению Целей развития тысячелетия (ЦРТ). В этой связи цель ЦРТ 5 – Улучшение здоровья матерей была определена на национальном уровне как снижение материнской смертности на три четверти к 2015 году. Это изначально подразумевало снижение материнской смертности с 28 (на 100.000 живорождений) в 2002 году до 23 в 2006 году, 21 в 2010 году и 13,3 в 2015 году. Промежуточная цель на 2006 год была успешно достигнута, что заставило правительство пересмотреть целевой показатель снижения материнской смертности до 15,5 в 2010 году и 13,3 в 2015 году. Также задача улучшения здоровья матерей является приоритетной в национальных стратегиях, таких как Национальная стратегия по репродуктивному здоровью и Национальная политика здравоохранения. Кроме того, отношение правительства к качеству медицинской помощи, связанной с беременностью и родами, очень строгое. Случаи ненадлежащего врачевания и смертности наказываются как формально, так и в

неофициальном порядке.

К тому же, высокий уровень ответственности правительства и непрерывные усилия с его стороны дополняются существующими в молдавском обществе моделями поведения, определяющего обращаемость за медицинской помощью, когда речь идет о беременности и родах. Население Республики Молдова действительно заботится о здоровье матерей. Материнство является очень ценным и приносящим моральное удовлетворение опытом и представляет собой одно из высших достижений в личной жизни людей. Беременность имеет высокую социальную значимость. Поэтому как мужчины, так и женщины охотно расстались бы со своими скудными сбережениями, чтобы обеспечить лучшее для беременных женщин, будущих матерей и их новорожденных.

Наконец, материнская смертность – это настолько сложное явление, что для более глубокого его понимания требуется проведение дополнительных исследований в данной области, в частности исследований антропологического и социального характера.

## Литература:

1. World Health Statistics 2009, Table 7: Health expenditure, available at: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>
2. Ministry of Health and Social Protection and ORC Macro. *Demographic and Health Survey 2005*, National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine (NCPM) [Moldova] and ORC Macro. 2006. Moldova
3. Stratulat P, Baltag V, Curteanu A. et al. Assessment of maternity practice in the Republic of Moldova, *Entre Nous*, No 60 -205. Available at [www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)
4. Balabanova D, McKee M, Pomerleau J et al. *Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries*, HSR: Health Services Research 39:6, Part II (December 2004).
5. Web-сайт Министерства здравоохранения: <http://www.ms.gov.md/public/international/ONU/Obiective/Componente/Obiectivul5/>, данные за февраль 2010 г.

## Оксана Гаврилица

Научный сотрудник, магистр в области международных отношений и государственной политики  
[oxanagavrilita@gmail.com](mailto:oxanagavrilita@gmail.com)

# ТЯЖЕЛЫЕ МАТЕРИНСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: ОПЫТ НОРВЕГИИ В ОБЛАСТИ АНАЛИЗА ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ СЛУЧАЕВ

## Предыстория

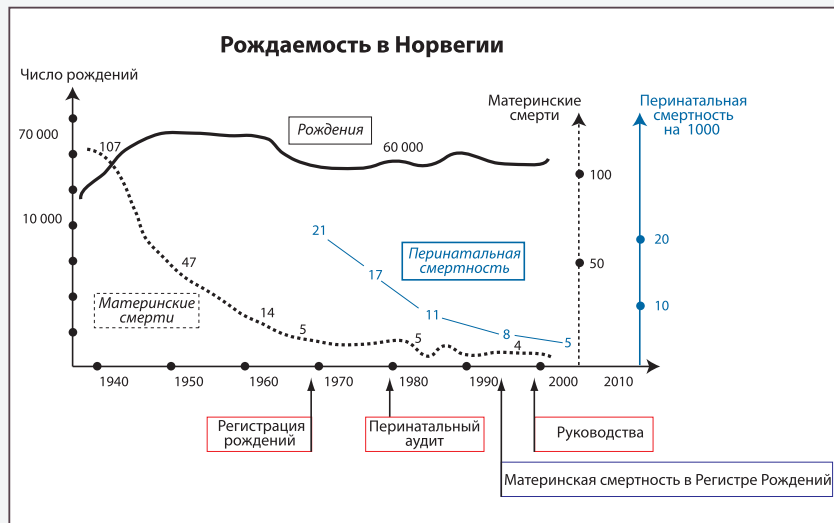
Согласно Индексу развития человеческого потенциала за 2009 г., опубликованному Программой Развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и распространяющемуся на 182 страны мира, люди, живущие в Норвегии, имеют самый высокий на планете уровень жизни. При населении, насчитывающем 4,8 млн. жителей, и годовой рождаемости приблизительно 60 000 новорожденных, - Норвегия характеризуется резким снижением материнской смертности (МС) со времени Второй мировой войны. На протяжении последних трех десятилетий показатель прямой МС стабилизировался на весьма низком уровне 4-6 материнских смертей на 100 000 случаев живорождения (рис.1) (1,2). Перинатальная смертность на протяжении последних двух десятилетий также уменьшилась; соответствующий показатель составил 4,3 на 1000 случаев рождения (при внутриутробном возрасте 28 недель и выше), - и 5,8 на 1000 случаев живорождения (при внутриутробном возрасте 22 недели и выше), - причем в обоих примерах перинатальная смертность среди девочек была ниже, чем среди мальчиков.

В Норвегии также существует регистр, куда заносятся все случаи рождения, причем последовательно регистрируются все случаи рождения после 16 внутриутробных недель - с информацией о матери, ходе ее беременности, родах и новорожденном. Этот регистр был учрежден в 1967 году для контроля перинатальной смертности. С 1999 г. в регистр стали заноситься и случаи тяжелых материнских осложнений. В частности, регистрируются случаи кровотечения превышающее 1500 миллилитров крови, случаи сепсиса, тяжелой преэклампсии, синдрома HELLP (гемолиз, увеличение активности печеночных ферментов, уменьшенное число тромбоцитов) и случаи госпитализации с помещением в палату интенсивной терапии в ходе беременности или в течение 42-х дней после родов.

## Что повлияло на снижение материнской и перинатальной смертности?

На снижение смертности повлияло несколько факторов, и прежде всего - обеспечение всеобщего доступа к современному акушерским и неонатальным медицинским услугам и введение в конце 1970-х «Перинатального аудита» летальных исходов (Рис.1). Сегодня аудит также распространяется и на случаи тяжелой заболеваемости матери и новорожденного. Другие важные факторы - снижение количества небольших родильных отделений, рассчитанных менее чем на 500 родов, - и переход на государственные родильные дома

Рисунок 1. Материнская и перинатальная смертность в Норвегии со Второй Мировой Войны (1,2)



(менее 50-ти на всю страну, включая 4 университетских клиники). В Норвегии нет частных больниц - только государственная система. Дородовой уход и помощь в родах в Норвегии бесплатные и свыше 99% беременных женщин прибегает к соответствующим услугам. В основном уход за женщинами из групп незначительного риска осуществляется акушерками и в каждом населенном пункте есть, по крайней мере, одна акушерка. Обычно беременная 2-3 раза посещает закрепленного за ней врача общей практики, и 4 - 7 раз - ее акушерку. Для родов женщины должны выбрать роддом, ближе всего расположенный к ним географически. Процент домашние родов очень низок (<0.6%), причем половина из них относится к незапланированным случаям.

Усовершенствованные системы направления пациента к врачу-специалисту и оказания неотложной медицинской помощи - также важные факторы, способствовавшие улучшению материнского здоровья в Норвегии. Беременные высокого риска, до наступления родов направляются в специализированные больницы. Кроме того, существует тесное сотрудничество между врачами общей практики и акушерками-гинекологами. Процент случаев вмешательства составляет приблизительно 25% (кесарево сечение и инструментальное вмешательство), а процент кормления грудью составляет свыше 99%.

Качество ухода постоянно повышается, и ему уделяется все большее внимание. Для этого составляются Национальные рекомендации по клинической практике, которые начиная с 1992 г каждые 3-5 лет пересматриваются Норвежским обществом акушерства и гинекологии. Итоги нового пересмот-

ра всегда обсуждаются на годовом собрании общества. Сегодня эти рекомендации выложены в интернете, и каждая больница использует в своей практике местную версию этих рекомендаций.

## Потенциально опасные случаи «на грани»

В Норвегии безопасность матери принимается как само собой разумеющееся. Парадоксально, что в эпоху, когда многие женщины просят врачей прибегнуть к плановому кесареву сечению, все больше матерей также требуют проведения домашних родов без медицинского вмешательства, как это имеет место в Голландии. Женщины хотят пройти через естественный физиологический процесс родов без какой-либо медицины. Идя навстречу этому желанию «обойтись без медицины» при родах, мы ввели в практику «палаты домашних родов», действующих сегодня в больницах, альтернативных родильных клиниках и в больницах, которыми заведуют акушерки. Такие палаты рассчитаны при беременности с низким уровнем риска.

Однако, несмотря на это, все еще мало известно о масштабах тяжелых материнских осложнений во время беременности или в родах, и о факторах риска. Тяжелые материнские осложнения или «угроза смерти» - это случаи угрожающие жизнь женщины, но при которых женщины выжили благодаря везению и доступу к экстренному высококачественному акушерскому уходу. Случаи тяжелых материнских осложнений, включающие тяжелое кровотечение, сепсис и повышенным артериальным давлением во время беременности - являются главной заботой охраны здоровья матерей не только в странах, располагающих



**Babill  
Stray-  
Pedersen**

незначительными ресурсами, но и в развитых странах со значительными ресурсами – таких, как Норвегия. Такого рода осложнения имеют тенденцию проявления даже у здоровых женщин, составляющих группу низкого риска. В таких странах, как Норвегия, учитывая, что благодаря доступу к экстренному акушерскому уходу сегодня материнская смерть стала редким явлением, концентрация основного внимания только лишь на расследованиях случаев материнской смерти может привести к тому, что будут упущены важные возможности совершенствования ухода. Хотя расследования случаев материнской смерти сыграли ключевую роль в обеспечении качества ухода и помогли снизить показатель материнской смертности, это не означает, что мы должны расслабиться, закрыв глаза на существующую угрозу. Нам много еще предстоит усвоить в плане акушерской практики и в плане того, как улучшить материнское здоровье – особенно в случае тяжелых материнских осложнений и потенциальной угрозы неблагоприятного исхода.

Расследование и анализ тяжелых материнских осложнений и потенциально существовавшей угрозы неблагоприятного исхода были предложены в тех европейских странах, где материнская смерть является редким явлением (3, 6). Кроме того, интервью с выжившими женщинами могут дать ценную информацию о факторах риска и об оказываемых услугах неудовлетворительного качества.

Норвежский опыт анализа случаев существовавшей угрозы неблагоприятного исхода начался в 1990-х годах с проекта «Материнская смертность и тяжелые осложнения» (MOMS). Проект был развернут по Европейской инициативе, и его проведение обеспечивалось международным коллективом. Проект распространялся на 9 европейских стран, включая Норвегию, и преследовал цель усовершенствовать охрану здоровья матери путем расширения и углубления наших познаний и понимания таких явлений, как тяжелые материнские осложнения и смертность. В отношении материнской смертности и трех тяжелых условий акушерского вмешательства использовались общие определения: преэклампсия, послеродовое кровотечение (определяемое как потеря крови, составляющая  $\geq 1500$  мл, или требующее переливания крови/плазмы), и сепсис (4,5). Согласно результатам сбора данных среди населения, процент прямой материнской смертности по 9-ти странам-участницам проекта составил 8,7 на 100 000 случаев живорождения (4). В Норвегии данный показатель составил, соответственно, 3,3 на 100 000.

С точки зрения тяжелых материнских осложнений, исследование выявило в

9-ти странах 1734 женщины, каждая из которых имела, по крайней мере, одно из трех тяжелых осложнений; у 48% женщин наблюдалось сильное кровотечение, у 46% - тяжелая преэклампсия, - и у 8% - тяжелый сепсис. Согласно данному европейскому исследованию, наиболее распространенным осложнением явилось сильное кровотечение, где частота соответствующих случаев составила 4,6 на 1000 родов. Однако эта частота у разных стран была различной и менялась от 0,8% до почти 9% (5). Кроме того, был отмечен значительный «разброс» частоты «комбинацию» трех осложнений (показатель тяжелых материнских осложнений) – от 15-ти случаев на 1000 родов в Брюсселе (Бельгия) до 6-ти - в Верхней Австрии. В Осло (Норвегия) число подобных случаев составило почти 1 на 1000 родов (5). Кроме того, мы установили, что в Норвегии две трети случаев от общего числа этих осложнений были непредсказуемы после того, как женщину помещали в родильное отделение, и, таким образом, одна мать из ста пятидесяти нормальных случаев беременности подвергалась высокому риску тяжелых осложнений. Без доступа к экстренной акушерской помощи у этих матерей могли бы развиваться тяжелые осложнения - такие, как органная недостаточности, или - в худшем случае - могла бы наступить смерть.

Основываясь на нашем опыте, накопленном в ходе реализации проекта MOMS, - мы продолжили проводить анализы тяжелых случаев осложнения у матерей в Норвегии, граничивших с неблагоприятным исходом. В самом недавнем исследовании (6), включавшем исследование 300 000 зарегистрированных в Норвежском регистре рождений, тяжелое кровотечение с акушерским вмешательством имело место у 1,1% всех матерей, причем главной причиной этого была атония матки. Способ оказания помощи при родах был важнейшим фактором риска, причем наибольший риск представляло экстренное кесарево сечение, за которым – по степени опасности – следовало плановое кесарево сечение. Это значительное преобладание случаев тяжелого кровотечения с акушерским вмешательством показало, что назрела потребность в пересмотре наших методик организации труда, и послужило «толчком» для пересмотра соответствующих протоколов и методов обучения. Таким образом, данные, полученные в ходе исследований MOMS, как и данные наших собственных аналитических исследований, позволили нам сравнить наши результаты с результатами других стран и спросить себя: почему в этих результатах есть различия, и какие факторы провоцируют случаи, граничившие с неблагоприятным исходом. Пойдя дальше, чем лишь расследо-

вания материнских смертей, мы смогли документально доказать, что, даже если женщины не умирают – все же нам еще есть над чем работать в плане качества ухода. Об этом мы, как медицинские работники соответствующего профиля, никогда не должны забывать.

### **Заключение**

Исследования смертности, медицинского ухода, факторов риска и случаев, граничивших со смертельным исходом, могут предоставить существенную информацию о системе здравоохранения в целом, а в странах с низким уровнем материнской смертности – выступать как более прямой критерий оценки качества охраны здоровья матери. Чтобы продолжить улучшение результатов в области материнского здоровья, нужно включить случаи тяжелых осложнений, граничивших с неблагоприятным исходом, в аудиты случаев материнской смертности на местном уровне, и/или в конфиденциальные расследования материнских смертей на национальном уровне.

### **Список литературы**

1. Vangen S, Bergsjø P. Do women die from pregnancy today? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123:3544–5. In Norwegian.
2. Andersgaard AB, Langhoff-Roos J, Øian P. Direct maternal deaths in Norway 1967-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87:856–61.
3. Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z et al. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity. *Medicina (Kaunas)*. 2004; 40(4):299-309.
4. Salanave B, Bouvier-Colle MH, Varnoux N et al. Classification differences and maternal mortality: a European study. MOMS Group. *MOthers' Mortality and Severe morbidity. Int J Epidemiol*. 1999; 28(1):64-9.
5. Zhang WH, Alexander S, Bouvier-Colle MH et al. MOMS-B Group. Incidence of severe pre-eclampsia, postpartum haemorrhage and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in a European population-based study: the MOMS-B survey. *BJOG*. 2005; 112(1):89-96.
6. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L et al. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. *BJOG*. 2008; 115(10):1265-72.

### **Babill Stray-Pedersen, MD,**

Профессор,  
Отдел акушерства и гинекологии,  
Rikshospitalet,  
Госпиталь и институт клинической медицины Университета г. Осло,  
Университет Осло, Норвегия  
babill.stray-pedersen@medisin.uio.no

# ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫХ РАССЛЕДОВАНИЙ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

**В** Казахстане с января 2009 года внедряется методология ВОЗ для оценки материнской смертности и заболеваемости «Что кроется за цифрами?». Из пяти предлагаемых методов оценки страна выбрала конфиденциальные расследования случаев материнской смерти и анализ критических осложнений. Данная статья рассматривает опыт конфиденциального расследования случаев материнской смерти.

## Контекст страны

Казахстан характеризуется как страна с высокими показателями материнской и перинатальной смертности среди стран Европейского региона ВОЗ. Приверженность и политическая поддержка охраны здоровья матери и ребенка для снижения смертности также высоки.

Особенностью страны является то, что смертность матерей и новорожденных происходит в условиях довольно развитой инфраструктуры, достаточным кадровым обеспечением, гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, высоким доступом к медицинским услугам. По последним результатам исследования в 2006 году 99,8% родов в стране происходят в родовспомогательных организациях и принимаются квалифицированным медицинским персоналом (99%). Также отмечается высокий уровень охвата беременных женщин антенатальным уходом (99,9%) (1).

Неадекватный перинатальный уход и высокая материнская и перинатальная смертность в Казахстане являются следствием низкого качества медицинской помощи, обусловленного нерациональным использованием имеющихся ресурсов и неэффективной организацией работы службы охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР). Существующий в стране механизм аудита материнской смертности несовершенен и не позволяет выявить все клинические и организационные ошибки деятельности медицинских учреждений. Рекомендации скорее носят формальный, обобщенный характер и не имеют практической ценности. Меры, предпринимаемые для исправления ситуации неэффективны и чаще направлены на выявление виновных и их наказания.

Принцип управления, основанный на

наказании и неадекватный анализ качества медицинской помощи приводит как к манипуляциям со статистическими данными, так и к ограничению возможностей системы выявлять и решать проблемы службы ОЗМиР.

## Внедрения конфиденциального расследования случаев материнской смерти.

Осознавая серьезность данной проблемы, Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) официально внедряет конфиденциальные расследования случаев материнской смерти по методологии ВОЗ «Что кроется за цифрами?» с января 2009 года. Данный аудит проводится на национальном уровне и выполняется в рамках отраслевой программы здравоохранения «по снижению материнской и младенческой смертности в Казахстане на 2008-2010 годы» при технической поддержке Европейского Регионального Бюро ВОЗ, ЮНФПА и ЮНИСЕФ.

Процессу внедрения предшествовала большая подготовительная работа, начиная с ознакомления и выбора подходов аудита в 2004 году в ходе регионального совещания ВОЗ в Кыргызстане, до непосредственных рабочих встреч в стране по внедрению концептуально нового аудита материнской смертности на основе экспертизы и регионального опыта ВОЗ. За период с 2007 по 2008 год были проведены национальные технические совещания с привлечением международных экспертов для обучения координаторов аудита, разработки плана внедрения и утверждения инструментов аудита и приоритетных национальных протоколов по акушерству, разработанных на основе принципов доказательной медицины.

## Полученные результаты

Конфиденциальному расследованию подвергались все случаи материнской смерти, произошедшие в Казахстане за период с 1 января по 31 декабря 2009 года. Аудит проводился обученными региональными координаторами после окончания официального расследования каждого случая смерти женщины. Собранные анкеты результатов интервью всех участников смертельного исхода и обезличенные копии медицинской документации отправлялись в

Комитет по Конфиденциальному аудиту, созданном при Национальном Научном Центре Материнства и детства в городе Астане. Секретарь обеспечивал их анонимность и проведение анализа экспертами Комитета.

На 10 заседаниях Комитета за год были обсуждены все 134 случая материнской смертности. Согласно утвержденному формату, публикация результатов конфиденциального аудита для медицинской общественности предполагается один раз в 3 года.

Предварительные результаты конфиденциального аудита за первый год проведения показали, что смерть женщин была предотвратима возможностями существующей системы в 85,4% случаев и условно предотвратима в 12,6% и не предотвратима в 2%.

Структура материнской смертности по причинам оказалась существенно отличной от официальной статистики (Рисунок 1). Данные по акушерским кровотечениям в пользу экстрагенитальных заболеваний при беременности, а также недооценка сепсиса лежат в основе расхождений статистических данных.

## Причины материнских смертей

При углубленном конфиденциальном расследовании причин акушерских кровотечений было выявлено, что каждая четвертая женщина, умершая от кровотечения, умерла от разрыва матки; каждая пятая - от преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: 25,8% - из-за разрыва матки, 22,6% кровотечений произошло за счет преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты до 37 недели беременности, 19,3% кровотечения после или во время кесарева сечения, 19% кровотечений в позднем послеродовом периоде, 9,7% - при предлежании плаценты, в 6% - выворот матки. При сравнении с данными официальной статистики, разрывы матки в структуре материнской смертности отмечены в 5,4 раза реже и составили 4,5%; 51,9% кровотечений имели место в позднем послеродовом периоде, 37% случаи преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, 11,1% предлежание плаценты. В структуре материнской смертности от экстрагенитальной патологии выявлены две основные причины - заболевания



Проект ЕРБ ВОЗ «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане», осуществляется при финансовой поддержке Европейского Союза (2009-2011 гг).



Gaukhar Abuova



Talshyn Ukybasova



Assel Mussagaliyeva

Рисунок 1. Сравнительная характеристика структуры смертности по результатам двух источников\*



дыхательной (58,1%) и сердечно-сосудистой системы (41,9%). Каждая пятая женщина умерла от сепсиса.

### Проблемы качества услуг

Упущенные возможности при акушерских кровотечениях были следующие: несоблюдение национальных клинических протоколов – в 72% случаях, несвоевременность хирургического гемостаза – 38%, отсутствие крови и ее компонентов – 23%, неполное владение техникой хирургического гемостаза – 40%, недостаточный объем оперативной помощи – 20%, поздняя диагностика – 23%.

Анализ случаев разрыва матки показал, что причиной травм стали необоснованные родостимуляции в 100% случаев, несоблюдение клинических протоколов диагностики и лечения в 100%, низкая квалификация персонала – 100%.

Анализ материалов позволил установить упущенные возможности при экстрагенитальных заболеваниях: противопоказания к беременности имели 42% умерших женщин, поздняя диагностика тяжелой соматической патологии отмечена в 60%, поздняя госпитализация – в 20%, несогласованность действий медицинских работников – в 19,8% случаев.

В случаях смерти женщин от сепсиса установлено, что недостаточный объем операции имел существенное влияние на исход в 10%, поздняя диагностика в 60%, задержка лечения в 40%, несоблюдение протоколов – в 35%, поздняя госпитализация – в 20%.

Результаты первого года проведения аудита были доложены на заседании МЗ РК 1 февраля 2010 года с участием ведущих научных центров охраны здоровья матери и ребенка и руко-

водителей областных управлений здравоохранения. Доложенные данные были восприняты с большим интересом и участники отметили пользу проведенного анализа в деле снижения материнской смертности.

Главными выводами совещания являются:

1. Конфиденциальное расследование случаев материнской смерти показало себя как высокоинформативный метод, позволяющий получить истинную картину причин материнской смертности для принятия управленческих решений.
2. Соблюдение конфиденциальности проведенного аудита позволило получить объективные и полные данные из разных источников.
3. Для медицинских работников данная методика оказалась возможностью выразить свое мнение, поэтому аудит был воспринят положительно как лицами, принимающими решение, так и непосредственно самими медицинскими работниками предоставляющими услуги.
4. Полученные данные оказались дополнительным аргументом в продвижении эффективных технологий в сфере охраны здоровья матери и новорожденного рекомендуемых ВОЗ.

На данном этапе предпринимаются меры для улучшения качества помощи, а также знаний и навыков медицинских работников в соответствии с проблемами, выявленными при внедрении конфиденциального расследования. Это поддерживается правительством страны с целью улучшения материнского здоровья и снижения материнской смертности в Республике Казахстан.

### Список литературы:

1. *Monitoring the situation of children and women. Multiple Indicator Cluster*

*Survey 2006, Final report. UNICEF and Agency on Statistics of the Republic of Kazakhstan, 2007*

2. World Health Organization. *Report on BTN implementation in Kazakhstan*. Copenhagen: WHO European Regional Office, 2008
3. *Population health in the Republic of Kazakhstan and activities of healthcare organizations in 2008*. Statistical report. Ministry of Health of Republic of Kazakhstan, 2008

### Гаухар Абуова, MD, PhD

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

### Талшын Укыбасова, MD, PhD

Зам. директора по вопросам акушерства, Национальный центр здоровья матери и ребенка, Казахстан  
Председатель Комитета по Конфиденциальному аудиту  
talshynu@yandex.ru

### Асель Мусагалиева, MA, MPP

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

# ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ В УЗБЕКИСТАНЕ: РОЛЬ ПРИКАЗОВ

Правительство Республики Узбекистан привержено идее достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ), включая ЦРТ 4 (снижение на две трети смертности среди детей в возрасте до пяти лет) и ЦРТ 5 (улучшение материнского здоровья). С 1991 года, за годы независимости, в стране достигнут значительный прогресс в сфере улучшения здоровья и благополучия матерей и детей; показатель материнской смертности в Узбекистане снизился с 65,3 в 1991 году до 25,01 смертей на 100 000 живорожденных в 2007 г. (1). Осуществление ряда комплексных национальных программ, нацеленных на повышение информированности населения в вопросах планирования семьи, предупреждения нежелательных беременностей, увеличения интервала между родами и снижения числа аборт, внесло свой вклад в улучшение показателей репродуктивного здоровья женщин Узбекистана. Однако, несмотря на эти достижения все еще существуют существенные различия в показателях по сравнению с другими странами Европейского региона. Поэтому улучшение качества услуг по охране здоровья матери и ребенка является одним из приоритетных направлений текущей правительственной программы по реформированию сектора здравоохранения.

## Программа «Обеспечение безопасной беременности» и другие партнерства

Инициатива ВОЗ «Обеспечение безопасной беременности (ОББ)» осуществлялась в Узбекистане с 2002 года в тесном сотрудничестве с Европейским региональным бюро. Эта инициатива направлена на укрепление функций системы здравоохранения, включая руководство, предоставление услуг, и формирование ресурсов.

В целях реализации программ по ОББ были установлены эффективные партнерские отношения с организациями по развитию, донорами Министерством здравоохранения включая два крупных проектов в области здравоохранения, финансируемых Всемирным банком и Азиатским банком развития в целях поддержки стратегий, направленных на снижение материнской и детской заболеваемости и смертности и усовершенствование системных подходов. В рамках финансируемого АБР проекта «Укрепление здоровья женщин и детей» все родильные дома по всей стране обеспечиваются современным медицинским оборудованием для оказания акушерской и неонатальной помощи. Эти проекты подчеркивают необходимость оптимизации услуг, усовершенствования умений и навыков врачей и медсестер в облас-

ти оказания основной и неотложной акушерской и неонатальной помощи, которая должна отвечать международным стандартам, и качеству услуг.

## Создание благоприятных условий путем принятия законодательных актов

Правительство Узбекистана совместно с Министерством здравоохранения обеспечили управление в поддержку стратегии охраны здоровья матери и ребенка путем пересмотра и разработки ряда приказов.

В 2003 году Министерство здравоохранения республики было первым среди стран Центральной Азии, которое пересмотрело свою политику в вопросе обеспечения медицинской помощи матерям и новорожденным и приняло Национальную политику, позволившую реорганизовать услуги и помощь родильных домов в соответствии с рекомендациями ВОЗ по внедрению эффективных перинатальных технологий. Основные изменения, предусматриваемые Национальной политикой, заключались в продвижении и интеграции подходов, ориентированных на семью, и внедрении принципов доказательной медицины в клиническую практику. Подходы, ориентированные на семью, включают открытие доступа в родильные дома для родственников беременной, разрешение будущему отцу находиться в одном помещении с роженицей, пропаганду исключительно грудного вскармливания, демукализацию нормальных родов и свободу выбора женщиной положения во время схваток и период изгнания. Новые подходы, предусматриваемые политикой, включали использование партограммы, стандартных процедур предупреждения внутрибольничных инфекций и руководств по реанимации и основному уходу за новорожденными. В документе также рассматривались профилактика ВИЧ-инфекции (для матери, ребенка и медицинского персонала) в родильных домах и оговаривалась возможность для женщин с положительными анализами на гепатит и ВИЧ-инфекцию рожать в обычных родильных домах и не подвергаться дискриминации.

В последующие годы Министерство здравоохранения издало ряд приказов, которые, шаг за шагом, одобрили и содействовали распространению практик основанных на принципах доказательной медицины и рекомендаций ВОЗ. Среди них:

- «Внедрение технологий, основанных на принципах доказательной медицины, в целях повышения эффективности антенатального ухода в медицинских учреждениях первичного звена в Республике Узбекистан»;

- «Программа дальнейшего снижения детской смертности в течение первого года жизни»;
- «Внедрение и реализация Конфиденциального исследования осложнений угрожающих жизни и Конфиденциального расследования случаев материнской смертности в системе здравоохранения Республики Узбекистан»; и
- «Внедрение профилактики передачи инфекции от ВИЧ-инфицированных матерей детям в эффективный перинатальный уход».

Использование приказов для создания поддерживающей среды, способствующей внедрению изменений и усовершенствований сферы охраны здоровья матери и ребенка, оказалась важным компонентом осуществления проекта «Что кроется за цифрами» в рамках программы ВОЗ по обеспечению безопасной беременности (3) в Узбекистане.

## Внедрение проекта «Что кроется за цифрами» (ЧКЗЦ)

Оставаясь приверженным сохранению приоритетности вопроса охраны здоровья матери и ребенка, представители Министерства здравоохранения Узбекистана участвовали в первом региональном семинаре ЧКЗЦ, который был проведен на Иссык-Куле в 2004 году (4). Ввиду интереса, проявленного в ходе первого семинара, было решено провести национальный семинар по ЧКЗЦ, который был организован Министерством здравоохранения, Европейским региональным бюро ВОЗ и ЮНФПА и проведен в Узбекистане в 2005 году. В работе семинара приняли участие работники Министерства здравоохранения, преподаватели ведущих медицинских учебных учреждений, медицинские работники (включая акушеров/гинекологов и акушерок), а также психологи, социальные работники и представители агентств ООН и других международных организаций и доноров, вовлеченных в программы по охране здоровья матери и ребенка. В ходе национального семинара участники рассмотрели различные подходы и выработали рекомендации относительно внедрения и реализации Исследования осложнений угрожающих жизни (ИОУЖ) на уровне лечебных заведений и Конфиденциальных исследований случаев материнской смертности (КРСМС) на национальном уровне в Узбекистане. В июне 2007 года был проведен технический семинар «ЧКЗЦ» по ИОУЖ, на котором был разработан план действий для пилотного внедрения.

Внедрение ИОУЖ было разбито на два этапа: подготовительный и начальный. Очень важной предпосылкой для реализации данного подхода была



**Klara  
Yadgarova**



**Feruza  
Fazilova**

адаптация нормативно-правовой базы Узбекистана и разработка национальных руководств по ведению случаев акушерских осложнений. Адаптация правовой структуры была необходима для того, чтобы предотвратить возможность принятия дисциплинарных мер воздействия и возбуждения судебных преследований медицинского персонала, участвовавшего в ведении конкретного случая. В ходе сбора информации и обсуждения. Другим ключевым элементом ИОУЖ является сопоставление ведения рассматриваемых случаев с согласованными национальными руководствами, основанными на принципах доказательной медицины.

Подготовительные мероприятия на страновом уровне продвигались очень быстро, и Министерство здравоохранения приняло приказ о внедрении ИОУЖ в 4-х пилотных родильных домах в Узбекистане: в Республиканском перинатальном центре, Каршинском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии, а также в Андижанском и Ферганском областных родильных домах. Данным приказом были утверждены Национальный комитет по ИОУЖ, круг полномочий Комитета и его координаторов, а также правила проведения аудиторских заседаний по ИОУЖ в учреждениях, включая рекомендации и отчетность аудиторских заседаний по ИОУЖ. Этот приказ также определил критерии, которые используются при проведении исследования случаев угрожающих жизни, установил местные стандарты ведения наиболее часто встречающихся акушерских осложнений (затрудненные роды, преэклампсия /эклампсия, акушерские кровотечения и сепсис) и процедуры, касающиеся проведения заседаний по ИОУЖ, документации/правил и отчетности заседаний по анализу случаев. Таким образом, для осуществления ИОУЖ правительством Узбекистана были разработаны и одобрены необходимая правовая база и национальные руководства по ведению случаев акушерских осложнений.

Во время начального этапа подчеркивалась важная координирующая роль Министерства здравоохранения, вовлеченного во все аспекты ИОУЖ, включая сбор данных в пилотных учреждениях, выявление основных недостатков и препятствий, и предложение решений и рекомендаций, включая развитие стратегий снижения материнской и перинатальной смертности в стране.

Внедрение ИОУЖ началось в 2007 году в четырех пилотных родильных домах. Пробный анализ случаев угрожающих жизни осложнений осуществлялся в каждом пилотном учреждении с целью проверки всех инструментов и

формирования личностного потенциала для проведения и содействия проведению заседаний по разбору случаев. Во время этих пробных заседаний подчеркивалась важность соблюдения принципов конфиденциальности и исключение угрозы наказания. Кроме того, участникам пробных разборов случаев напоминали, что важнейшим элементом при проведении ИОУЖ всегда является учет перспектив и опыта женщины. Ключом к успешному пилотному внедрению проекта в названных учреждениях явилось вовлечение администрации в процесс реализации предложенных решений / рекомендаций, а также в контроль за процессом осуществления.

На сегодняшний день экспертные группы в указанных 4-х учреждениях провели 46 заседаний по аудиту и обсудили, используя всесторонний индивидуальный подход, 46 случаев: 25-акушерское кровотечение, 17-преэклампсия, 4-сепсис. Вовлечение международных экспертов и обеспечение последующих посещений представляли важность с точки зрения содействия и своевременного выявления пробелов. В отношении всех обсуждаемых случаев отмечались, подчеркивались и документировались как хорошая работа, так и упущенные возможности; положительные примеры доводились до сведения всего персонала с целью обеспечения эффективного лечения в будущем. Были сделаны простые, доступные и эффективные рекомендации. Предварительные результаты недавно проведенной оценки качества медицинской помощи в родильных домах показали, что в тех учреждениях, которые участвуют в ИОУЖ, отмечается улучшение в плане организации экстренной акушерской помощи, ведения осложненных случаев и мониторинга - по сравнению с не вовлеченными лечебными учреждениями (4).

#### **Последующие шаги**

В 2008 году международные эксперты провели критический анализ процесса, и извлеченные уроки были обсуждены на национальном семинаре, который рекомендовал распространение методики ИОУЖ на другие больницы и введение КРСМС на национальном уровне. В 2009 году методика ИОУЖ была внедрена еще в 5-ти родильных домах, и был создан Национальный комитет по КРСМС. Опыт, полученный в этих дополнительных 5-ти учреждениях, будет использован для дальнейшего совершенствования процесса анализа, прежде чем методика ИОУЖ будет выведена на национальный уровень.

Существующие проблемы заключаются в необходимости повышения доверия и наращивания потенциа-

ла поставщиков медицинских услуг, в частности акушерок и медсестер, в процессе ИОУЖ. Для расширения масштабов проекта важным является долгосрочная техническая и финансовая поддержка партнеров.

#### **Вывод**

Для повышения качества охраны здоровья матери и ребенка крайне важно наличие поддерживающего и стимулирующего окружения. Правительство Узбекистана, будучи приверженным делу улучшения здоровья матери и ребенка, содействовало созданию такой среды путем издания постановлений (приказов). В результате система здравоохранения Узбекистана находится на этапе использования новых подходов, переходя от системы, основанной на применении наказаний, к системе, основанной на открытой дискуссии и соблюдении конфиденциальности. При поддержке со стороны технических экспертов ВОЗ, Министерство здравоохранения играет ведущую роль в объединении совместных усилий различных партнеров для реализации, распространения и документирования всестороннего стратегического подхода в целях улучшения материнского и перинатального здоровья.

#### **Литература**

1. Yadgarova K. Analysis of maternal mortality (1991-2007) in Uzbekistan. Proceedings of 7th Congress of Obstetricians and Gynecologists of Uzbekistan. 2009. Tashkent. 9-14pp.
2. World Health Organization. Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, WHO, 2000
3. First Regional Workshop on Beyond Numbers. Kyrgyzstan, 2004. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. At:www.euro.who.int/pregnancy/mortality/20051103\_1
4. National workshop on Beyond Numbers, reviewing maternal deaths and complications, Uzbekistan. Report, 2005. At:www.euro.who.int/pregnancy/mortality/20051103\_1

#### **Клара Ядгарова MD**

Институт последипломной подготовки медицинских кадров, Ташкент  
Узбекистан  
yadgarovaklara@gmail.com

#### **Феруза Фазилова**

Национальный координатор программы «Репродуктивное здоровье» Страновой офис ЮНФПА  
Узбекистан

# ПИЛОТИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ В КАЗАХСТАНЕ: УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

## Обзор

«Исследования осложнений угрожающих жизни» используются для определения женщин, которые случайно или благодаря своевременной и профессиональной медицинской помощи пережили сложные, угрожающие жизни акушерские осложнения (1). Созданные на базе учреждения обзор того, что произошло с этими женщинами, и помощи, которую они получили, может использоваться в качестве эффективного инструмента для изменения отношения и практики, улучшая процесс и результат лечения (1). Казахстан – одна из 12 стран Европейский регион ВОЗ, которые начинают внедрять созданные на базе учреждений исследования осложнений угрожающих жизни (ИОУЖ) в экспериментальных учреждениях с возможностью расширения применения данной методологии в других родильных домах и регионах страны. Ожидается, что дружеский, расположенный к вовлеченным медицинским работникам, располагающий к участию «неосуждающий» конфиденциальный подход заменит старую и дисфункциональную экс-советскую систему контроля качества.

## Карательная система

В Казахстане традиционно одним из основных и, к сожалению, почти обязательным результатом расследования случаев смерти и серьезных осложнений было наказание руководства учреждений здравоохранения и персонала, который осуществлял уход за беременной женщиной. Наказания, в том числе увольнения, были применены в большинстве случаев материнской смерти и во многих случаях перинатальной смертности, а также в случае серьезных акушерских осложнений независимо от того, был ли обеспечен соответствующий стандарту уход или нет. Кроме того, запросы и число наказанных учреждений, предоставляющих услуги по уходу за беременными женщинами, считалось доказательством эффективности работы системы и ее инспекторов.

Участники практических семинаров «Что кроется за цифрами?», организованных Региональным европейским бюро ВОЗ с целью введения данной методологии в Казахстане, были единодушны в том, что существующая практика наказания работников здравоохранения не помогает идентифицировать реальные проблемы, а наобо-

рот затрудняет эффективное решение вопросов, связанных с материнской смертностью и ИОУЖ. Принимая это во внимание, Министерство здравоохранения Республики Казахстан согласилось на мораторий на наказание в результате материнских смертей и обязалось поддержать медицинских работников в применении ИОУЖ.

## Подготовительная работа

Во время технических практических семинаров «Что кроется за цифрами?», было принято решение внедрить ИОУЖ в 6 пилотных родильных домах в 3 регионах Казахстана: Родильный дом № 1 г. Алматы, Перинатальный центр г. Алматы, Национальный центр матери и ребенка в Астане, Перинатальный центр Чимкентской области, Родильный дом № 4 г. Чимкента и Родильный дом г. Туркестана. Все эти центры на протяжении уже длительного времени внедряют технологии «Безопасного материнства», такие как учебная программа ВОЗ «Основные виды дородовой, перинатальной и послеродовой помощи», а также разработка и использование местных протоколов ведения нормальных родов и акушерских осложнений. Важнее всего, что в данных центрах работает полный энергии персонал с великолепным руководством. Пять из указанных учреждений являются центрами, куда направляются сложные случаи, и в большинстве из них на протяжении предыдущих лет уже наблюдалась значительная положительная динамика в отношении перинатальных результатов из числа серьезных осложнений (2).

Команды от каждого из родильных домов, включающие главного врача учреждения, акушера, акушерку и социального работника или психолога участвовали в рабочем совещании по «Что кроется за цифрами?», где они узнали о преимуществах и методологии ИОУЖ. В процессе подготовки внедрения ИОУЖ были разработаны на доказательной медицине основанные национальные протоколы по ведению акушерских кровотечений и тяжелой преэклампсией/эклампсией так как именно эти состояния являются основными причинами материнской смертности. Протоколы были утверждены Министерством здравоохранения.

## Результаты внедрения ИОУЖ в пилотных учреждениях

Очень важным результатом внедрения ИОУЖ в пилотных родильных

домах было активное участие в обсуждениях случаев и повышение роли среднего медицинского персонала: акушерок и медсестер. В некоторых учреждениях они в настоящее время возглавляют процесс ИОУЖ, так как именно они были назначены координаторами групп по ИОУЖ. До ИОУЖ только врачи участвовали в таком анализе случаев. Роль акушерок и медсестер была ограничена выполнением указаний врачей, введением инъекций, контролем кровяного давления, маточных сокращений и частоты сердцебиения плода. Во время обсуждения рассматриваемых случаев ИОУЖ акушерки предлагали как улучшить ведение таких случаев и улучшали свои знания как и остальные участники групп. В результате они стали активными и важными членами команд по предоставлению медицинской помощи. Например, в большинстве пилотных учреждений акушерки являются главными лицами по ведению нормальных родов и послеродового периода. Благодаря их заинтересованности и участию в обсуждениях ИОУЖ, акушерское кровотечение диагностируется на более ранних стадиях, и незамедлительно предлагается необходимое лечение. До прихода врача акушерки начинают реанимацию и предпринимают меры для остановки кровотечения, такие как применение средств, стимулирующих сокращение матки и восстановление потери жидкости, проверяя основные показатели жизнедеятельности и собирая кровь для лабораторных исследований. Это так же относится к случаю, когда женщина поступает с тяжелой преэклампсией или эклампсией. Средний медицинский персонал обеспечивает незамедлительное применение всех необходимых мер (использование сульфата магния и противогипертензивных препаратов, контроль кровяного давления и других необходимых параметров) во время ожидания врача.

Другим важным результатом внедрения ИОУЖ является систематическое разработка и использование протоколов и стандартов в процессе рассмотрения случаев. Персонал всех учреждений был обучен работе с протоколами и стандартами, а также ознакомлен с важностью роли, которую они играют в обеспечении высококачественной медицинской помощи, что, в конечном счете, увеличивает шансы выживания женщин с тяжелыми акушерскими осложнениями. Кроме того, во время рассмотрения случаев персонал полу-



чает вознаграждение за обеспечение ухода в соответствии с протоколами. В результате большинство врачей, акушерок и медсестер ознакомились с протоколами и делает все возможное, чтобы придерживаться рекомендациям. Во многих пилотных учреждениях персонал также предложил и разработал новые протоколы, которые ранее не были разработаны на национальном уровне, такие как протоколы для перидуральной анестезии, ведение спонтанных аборт в втором триместре и перечень необходимых активностей при ведении послеродового периода после нормальных родов и/или после кесарева сечения.

Во время ИОУЖ персонал также начал рассматривать и утверждать использование и интеграцию технологий, предлагаемых национальными руководствами. Это привело к увеличению числа медиков, которые используют простые и эффективные альтернативы гистерэктоми, такие как лигирование маточных артерий или наложение компрессионных швов на матку; так как бимануальная компрессия матки является более безопасной и эффективной процедурой, чем внутренний массаж матки; а также они выбирают мануальную вакуумную аспирацию вместо кюретажа в случаях абортов в конце первого триместра. Группы аудита также научились предлагать реальные и эффективные решения существующих проблем и предотвращать серьезные акушерские осложнения. Организованы периодические регулярные обучения по ведению акушерских кровотечений и эклампсии для того, чтобы учреждение было всегда готово оказать неотложную помощь при осложнениях опасных для жизни.

И наконец, включение мнения женщин в ИОУЖ – одно из преимуществ данного метода по сравнению с традиционными формами расследования случаев (1). Во многих пилотных учреждениях информация от женщин и их семей не только предоставила новые подробности о ведении беременности и родов, но также и использовалась в качестве эффективного инструмента для улучшения качества ухода и увеличения удовлетворенности клиента – самого главного критерия качества медицинской помощи.

### **Создание благоприятной среды**

Во время применения ИОУЖ существенные усилия были направлены на создание и поддержку открытой и дружеской атмосферы во время встреч группы по аудиту, а также уважение принципов конфиденциальности и неприменения наказания, расцениваемых членами команд на местах в качестве главных предпосылок для успеха процесса анализа случаев. Поскольку применение наказаний больше не поощряется и создается положительное отношение, это позволяет персоналу предоставлять информацию о деликатных подробностях оказанной помощи, помогая определять проблемы и разрабатывать рекомендации для усовершенствования предоставляемых услуг. Ключевой элемент в поддержании этой безопасной, дружественной, конфиденциальной среды – поддержка руководства учреждений процессу ИОУЖ и понимание важности некарательной системы. Данная поддержка стала ключевым моментом успеха ИОУЖ; многие рекомендации и решения, предложенные во время обсуждений, имеют отношение непосредственно к системе здравоохранения и организации медицинской помощи. Без вовлечения и непрерывной поддержки менеджеров учреждений очень сложно внедрять и поддерживать изменения.

### **Барьеры и препятствия**

Переход от поощрения наказания к системе поддержки является достаточно сложным процессом. Несмотря на начальное обязательство поддерживать процесс внедрения ИОУЖ некоторые местные органы здравоохранения продолжают постоянно запрашивать информацию относительно каждого неблагоприятного материнского или перинатального случая и реагировать наказанием работников здравоохранения, вовлеченных в ведение данных случаев. Такой «благоклонно настроенный» контроль и методы делают невозможным предоставление учреждениями здравоохранения информации об истинных обстоятельствах и открытое обсуждение данных случаев во время аудитных совещаний становится проблематичным. Такое поведение привело к остановке процесса ИОУЖ на неопределенное время в результате опасения карательных действий.

Увеличение возможностей медицинских работников в периферийных центрах также остается сложнейшей

задачей. Многие из этих медиков все еще страдают от недостатка навыков и опыта, необходимого для определения проблем или для предложения реальных и эффективных методов их решения и предотвращения неблагоприятных случаев в будущем. Одно из предложенных решений преодоления данного барьера – создать партнерство между медиками медицинского учреждения третичного уровня и персоналом периферийных центров для того, чтобы обеспечить руководство и поддержку на протяжении процесса рассмотрения случаев, особенно в создании новых эффективных рекомендаций/решений.

### **Выводы**

Разработка стандартов и протоколов на основании свидетельств, энтузиазм персонала, мотивация и готовность участвовать в ИОУЖ, предыдущий опыт в применении основанных на доказательной медицине перинатальных технологий и местное лидерство – все это существенные компоненты успешного введения ИОУЖ в Казахстане. Постоянное применение карательного контроля, поиск «виновных» медицинских работников и участие в дисциплинарных действиях против них будет только препятствовать развитию ИОУЖ в других, менее мотивированных и подготовленных учреждениях.

### **Список использованной литературы**

1. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquires. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 231-43.
2. Borchert M, Bacci A, Baltag V et al. Improving maternal and perinatal health care in the Central Asian Republics. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2010, doi:10.1016/j.ijgo.2010.02.021.

### **Stelian Hodorogea, MD**

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



## **ЧТО КРОЕТСЯ ЗА ЦИФРАМИ: Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности, ВОЗ, 2004 г.**

Отличный набор методологий предназначенный для медицинских работников, высокопоставленных должностных лиц, принимающих решения и менеджеров, работающих в области материнского и неонатального здоровья. В данной публикации описаны конкретные подходы к исследованию причин материнской смертности, и осложнений соответствующего характера, как средство повышения качества охраны здоровья матерей. Имеется на английском, французском, русском и испанском языках. Размещен на: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9241591838/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591838/en/index.html).



## **Работа с отдельными лицами, семьями и сообществами с целью улучшения материнского здоровья и здоровья новорожденных, ВОЗ, 2010 г.**

Одна из новых публикаций программы ВОЗ по обеспечению безопасности беременности. Данная публикация предлагает улучшение материнского здоровья и здоровья новорожденных, сосредоточив основное внимание на 4 ключевых областях: наращивание потенциала, повышение осведомленности и повышение качества ухода/услуг. Имеется на арабском, английском, русском и испанском языках. Размещен на: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/who\\_fch\\_rhr\\_0311/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_fch_rhr_0311/en/index.html)



## **«Рекомендуемые вмешательства для улучшения материнского здоровья и здоровья новорожденных», ВОЗ, 2007 г.**

Эта короткая публикация представляет в табличном формате быстрый обзор данных по основным вмешательствам, оказывающим влияние на материнское здоровье и здоровье новорожденных на индивидуальном, семейном, общественном уровнях и на уровне медицинских услуг. Имеется на арабском, английском и французском языках. Материал размещен на: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/who\\_mps\\_0705/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_mps_0705/en/index.html)



## **Консультации в области материнского здоровья и здоровья новорожденных: руководство по выработке навыков, ВОЗ, 2009 г.**

Ценное средство, применяющее самообразовательный подход, чтобы помочь медицинским работникам повысить консультационные и коммуникативные навыки в целях улучшения материнского здоровья и здоровья новорожденных. Имеется на английском языке. Документ размещен на: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9789241547628/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9789241547628/en/index.html)



## **Основные публикации: материнское здоровье и здоровье новорожденных, ВОЗ, 2009 г.**

Полезная компиляция, записанная на компакт-диск. Включает все новейшие рекомендации, стратегии и схемы, а также публикации по мониторингу, оценке и пропаганде, относящиеся к улучшению материнского здоровья и здоровья новорожденных. Доступно по заказу, на английском языке. Размещено на: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/key\\_publications\\_cd/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/key_publications_cd/en/index.html)



## **Мониторинг экстренной акушерской помощи: справочник, ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и AMDD, 2009 г.**

Эта обновленная версия предоставляет полезные методологии и основные показатели для мониторинга доступности, наличия, использования и качества экстренной акушерской помощи. Доступно на английском языке на: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html>



## **Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушеров и врачей, ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и Всемирного Банка, 2003 г.**

Из серии «Интегрированное ведение беременности и родов». Исключительно полезный и легкий для восприятия учебник, который можно использовать в разнообразных клинических условиях, характеризующихся как высокими, так и низкими ресурсами. Имеется на арабском, английском, французском, индонезийском, итальянском, русском и испанском языках; выложено на сайте: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9241545879/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html)



Lisa Avery

**Европейский стратегический подход к повышению безопасности беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья, Региональное европейское бюро ВОЗ, 2008 г.**

В документе предоставляется региональная стратегия улучшения материнского и перинатального здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Имеется на английском языке. Доступно на: <http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml>

**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.**

Расчитанный на медицинских работников, высокопоставленных лиц и организаций, принимающих решения, и руководителей программ. Данный документ предоставляет им средства укрепления материнского здоровья, здоровья новорожденных и подростков. Имеется на английском языке, выложен на: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/98795/E93132.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98795/E93132.pdf)

**Обеспечение безопасной беременности: Инструмент для оценки качество стационарной помощи матерям и новорожденным, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г.**

Полезное полуколичественное средство, которое может быть использовано в качестве компонента стратегий улучшения качества, направленных на улучшение перинатального здоровья. Имеется на английском и русском языках. Документ доступен на: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2.html>



**Европейский отчет по перинатальному здоровью: сравнительный анализ показателей здоровья и ухода за беременными женщинами и новорожденными в Европе EURO-PERISTAT, 2009 г.**

Отличный, всеобъемлющий и исчерпывающий отчет по вопросам перинатального здоровья в 26 странах Европы. Имеется на английском языке. Доступно на: <http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml>

**Полезные сайты:**

**ВОЗ, материнское здоровье:**

[http://www.who.int/topics/maternal\\_health/en/](http://www.who.int/topics/maternal_health/en/)

**Европейское региональное бюро ВОЗ по здоровью матерей и новорожденных в странах Европы:**

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

**EURO-PERISTAT:**

[www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)

**ЮНИСЕФ:**

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

**ЖНПИЕГО:**

<http://www.jhpiego.jhu.edu/>

**ЮНФПА:**

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

**Engender health:**

[www.Engenderhealth.org](http://www.Engenderhealth.org)

**FIGO (Международная федерация гинекологии и акушерства):**

[www.figo.org](http://www.figo.org)

## Entre Nous

*Европейский журнал по сексуальному  
и репродуктивному здоровью*

Европейское региональное бюро ВОЗ

Отдел страновых систем и политики

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Тел: (+45) 3917 1602 or 1451

Факс: (+45) 3917 1818

[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)



# Entre Nous