

Организация амбулаторно-поликлинической помощи новорожденным. Структура амбулаторно-поликлинических учреждений. Первичный патронаж новорожденных и ежемесячное диспансерное наблюдение до года.



**Приказ Министра здравоохранения Республики
Казахстан от 29 декабря 2017 года № 1027
Об утверждении Стандарта организации оказания
педиатрической помощи в Республике Казахстан**

- 1. Настоящий Стандарт организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан (далее - Стандарт) разработан в соответствии с [подпунктом б\) пункта 1 статьи 7](#) Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекс) и устанавливает общие принципы организации оказания медицинской помощи детям в организациях здравоохранения.

К типовым учреждениям, оказывающим лечебно-профилактическую помощь детям, относятся:

- детские городская и областная больницы, специализированные детские больницы (инфекционные, психиатрические, туберкулезные, ортопедо-хирургические, восстановительного лечения), диспансеры, детские городские поликлиники, детские стоматологические поликлиники, учреждения по охране материнства и детства (дома ребенка, родильные дома, молочные кухни), детские бальнеологические лечебницы, грязелечебницы, санатории, специализированные санаторные учреждения круглогодичного действия, детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля.



В поликлинике должны быть предусмотрены следующие помещения:

- фильтр с отдельным входом и изолятор с боксом; кабинеты врачей-специалистов;
- кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка);
- отделение восстановительного лечения;
- лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, процедурный, прививочный и др.);
- регистратура, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;

- Организация амбулаторной медицинской помощи новорожденным:
- Контроль за нормальным ростом и развитием ребёнка — основа профилактической работы врача-педиатра детских поликлиник при работе как с неорганизованными, так и организованными детьми. Основные задачи врачебного контроля:
 - тщательный и углублённый контроль развития детей в определённые возрастные периоды;
 - назначение рекомендаций, направленных на правильное физическое, половое и нервно-психическое развитие, на сохранность и совершенствование всех функциональных систем организма;
 - раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребёнка с целью быстрой реабилитации для предотвращения нарушения развития и формирования хронических заболеваний;
 - оценка состояния здоровья;
 - определение групп риска (биологического, семейно-психолого-педагогического и социального), выделение медико-социальных групп детей, требующих специального внимания семьи, педагогов, психологов и социальных работников;
 - выделение группы больных детей острыми (транзиторными, циклическими) и хроническими заболеваниями (диспансерные группы по ф. 30).

- ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ НОВОРОЖДЁННЫМИ

Первое посещение здорового новорождённого на дому выполняет врач-педиатр совместно с участковой медицинской сестрой в первые три дня после выписки из родильного дома, чаще на 1-2-е сутки. Медицинская сестра получает от врача указания по наблюдению за здоровьем ребёнка. Медицинская сестра осуществляет ежедневное наблюдение за здоровьем ребёнка до полного заживления пупка (т.е. до 1-2 недель), затем 1-2 раза в неделю.



Основной задачей врача-педиатра общей практики при первичном патронаже является оценка состояния здоровья новорождённого, лактационных возможностей матери и условий среды, в которых находится ребёнок. Врачу необходимо собрать генеалогический анамнез, акушерско-гинекологический, биологический (анте -, интра -, постнатальный) и социальный анамнез. Для более полной и правильной оценки состояния здоровья новорождённого участковый врач должен иметь обменную карту из родильного дома и проанализировать имеющиеся в ней сведения о ребёнке. В обменной карте из родовспомогательного учреждения указываются следующие данные:

- течение беременности;
- характер родов;
- оценка по шкале Апгар, состояние и поведение ребёнка в первые дни жизни;
- сроки отпадения остатка пуповины;

проявление гормонального криза, токсической эритемы, физиологической желтухи (степень, продолжительность), локализованной гнойной инфекции;

- на какие сутки новорождённый приложен к груди, как сосал;
- сведения о вакцинации.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО



- обследовать ребёнка при комнатной температуре 24-27 °С, освещённость должна быть достаточной, но падающий на ребёнка свет не должен его раздражать; поверхность, на которой обследуют ребёнка, должна быть мягкой, но не прогибающейся;
- проводить обследование новорождённого желательно минимум через 30-40 мин, максимум через 60-90 мин после кормления; ребёнок должен быть спокоен, глаза открыты, спонтанные движения не резко выражены; если он кричит или спит, обследовать новорождённого нельзя;

Здоровый новорождённый выписывается на участок на 4-7-й день жизни, поэтому после обследования нервно- психического статуса необходимо обратить внимание на переходные состояния, которые могут сохраниться у ребёнка после выписки из родильного дома.

После обследования нервно-психического статуса врач обследует другие органы и системы организма новорождённого:

- телосложение;
- состояние кожных покровов и видимых слизистых, состояние пупочной ранки;
- плотность костей черепа, форму грудной клетки, разведение в тазобедренных суставах;
- проводит перкуссию, пальпацию, аускультацию сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем;
- оценивает форму живота, размеры печени и селезёнки, состояние ануса, половых органов, стул, мочеиспускание;
- проводит поиск стигм дисэмбриогенеза (за порог стигматизации принимается 5-7 стигм у одного ребёнка).

Необходимо тщательно собрать сведения о том, как ребёнок сосёт грудь, какие делают перерывы между кормлениями, нет ли рвоты, срыгиваний, беспокойства.

В конце осмотра врач проводит антропометрическое обследование (длина и масса тела, окружность головы и грудной клетки). Его можно провести и в самом начале осмотра, но делать это желательно быстро и мягкими движениями, не вызывая у ребёнка отрицательных эмоций и не перевозбуждая его.

После полного объективного осмотра врач-педиатр должен сделать развёрнутое заключение, охватывающее следующие моменты:

- оценить уровень физического развития, сопоставляя антропометрические данные новорождённого с показателями физического развития детей данного возраста (среднее, ниже среднего, выше среднего);
- определить уровень нервно-психического развития (соответствует возрасту, отстаёт, опережает);
- определить группу здоровья на период новорождённости;
- определить комплекс оздоровительных и воспитательных мероприятий;
- составить индивидуальный план ведения новорождённого (количество патронажей, консультации у специалистов, режим кормления, введение соков, начало профилактики рахита, железодефицитной анемии и т.д.);
- дать рекомендации по уходу;

СХЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- Частота осмотров специалистами: педиатр на первом месяце жизни не менее 3-х раз, в последующем не реже 1 раза в месяц; хирург (ортопед) офтальмолог, невропатолог, оториноларинголог на 1-ом году жизни.
- При проведении профилактических осмотров осуществляется контроль за режимом дня, вскармливанием ребенка, проведением массажа, закаливающих мероприятий, выполнении рекомендаций по воспитанию, профилактике рахита, анемии, хронических расстройств питания, инфекционных заболеваний.



- При объективном осмотре особое внимание обращается на массу тела и рост, окружность головы и груди, оценку нервно-психического и физического развития, прорезывание зубов, достояние прикуса, поведение, состояние кожных покровов, костно-мышечной системы, внутренних органов, следовую реакцию от вакцинации БЦЖ, наличие врожденных заболеваний, аномалии развития.

- Дополнительные методы обследования: антропометрия 1 раз в месяц, клинический анализ крови и мочи к 3-м месяцам жизни и в 1 год.

- На основании данных объективных и дополнительных методов исследования врач дает комплексную оценку состояния здоровья, включающую оценку физического и нервно-психического развития, поведения, наличие или отсутствие функциональных или органических отклонений от нормы, определяет группу здоровья, при необходимости группу риска развития заболевания и назначает комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий.

*Гарантированный объем
бесплатной медицинской
помощи*

План

1. Общее положения
2. Документы и положения
3. Закуп и обеспечение лекарственными средствами.
4. ГОБМП в СМП
5. ГОБМП в санитарной авиации
6. ГОБМП в виде ПМСП
7. ГОБМП в стационарной форме
8. ГОБМП в стационаро замещающей форме

Гарантийный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью.



Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786

Приказ № 726 от 12 декабря 2013 года О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года №786

Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами на 2015 год

Постановление Правительства Республики Казахстан от 27 января 2014 года № 29

Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат.

от 25 октября 2013 года № 1358
Сноска: пункт 8 в редакции [приказом](#) Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30.11.2005 N 541 (вводится в действие с 1 января 2006 года); с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 10.02.2009

ГОБМП включаетя:

- 1) скорая медицинская помощь и санитарная авиация;
- 2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая:
первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП);
консультативно-диагностическую помощь по направлению специалиста
первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- 3) стационарная медицинская помощь по направлению специалиста
ПМСП или профильных специалистов в рамках планируемых объемов,
определяемых уполномоченным органом в области здравоохранения, по
экстренным показаниям - вне зависимости от наличия направления;
- 4) Стационарно замещающая медицинская помощь по направлению
специалиста ПМСП или профильных специалистов;
- 5) восстановительное лечение и медицинская реабилитация;
- 6) паллиативная помощь и сестринский уход для категорий населения,
установленных Правительством Республики Казахстан.

- 4) Стационарно замещающая медицинская помощь по направлению специалиста ПМСП или профильных специалистов;
- 5) восстановительное лечение и медицинская реабилитация;
- 6) паллиативная помощь и сестринский уход для категорий населения, установленных Правительством Республики Казахстан.



Работы организаций здравоохранения

1. Уровень соответствия лечебно-диагностических мероприятий периодическим протоколам диагностики и лечения заболеваний.
2. Обоснованное направление больных на госпитализацию.
3. Охват диспансеризацией прикрепленного населения.
4. Выполнение плана вакцинации прикрепленного населения.
5. Выполнение плана медицинских профилактических осмотров декретированных групп населения.
6. Наблюдение за детьми первого года жизни.
7. Наблюдение за беременными.
8. Наблюдение детей подросткового возраста.
9. Эффективность и обоснованность использования стационарозамещающей медицинской помощи.
10. Обращаемость за скорой и неотложной медицинской помощью прикрепленного населения (количество вызовов на 1000 населения), в том числе в часы работы организаций ПМСП.

12. **Обеспечение лекарственными средствами** для оказания ГОБМП осуществляется в соответствии с лекарственными формулярами, утвержденными медицинскими организациями и согласованными в установленном порядке уполномоченным органом при оказании:

- 1) скорой /неотложной/ экстренной медицинской помощи;
- 2) антирабической помощи по эпидемиологическим показаниям при опасности заражения;
- 3) санитарно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи по показаниям;
- 4) иммунопрофилактике/вакцинации;
- 5) стационарной и стационарозамещающей помощи.



Порядок закупа и лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП

7. Лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП осуществляется в пределах списка основных (жизненно важных) лекарственных средств .

8. Бесплатное и (или) льготное обеспечение лекарственными средствами при амбулаторном лечении осуществляется по рецептам, по перечню видов заболеваний и отдельных категорий граждан. Обеспечение лекарственными средствами, содержащими наркотические средства, психотропные вещества, может осуществляться через медицинские организации, имеющие лицензии на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Допускается увеличение количества аптечных организаций, осуществляющих бесплатное и льготное лекарственное обеспечение, в том числе государственных.

9. Лекарственное обеспечение в организациях, оказывающих стационарную помощь, скорую медицинскую помощь, дневных стационарах, палатах дневного пребывания, осуществляется в соответствии с лекарственными формулярами, утверждаемыми руководителями данных организации на основе Списка.

Перечень ГОБМП в форме скорой медицинской помощи включает:
выполнение лечебных процедур и обеспечение лекарственными средствами по экстренным показаниям в соответствии с лекарственными формулярами;
доставку больных по медицинским показаниям в медицинские организации;
медицинское обеспечение массовых мероприятий;



ГОБМП, оказываемый в форме стационарной помощи, согласно видам

и объемам, утверждаемым уполномоченным органом, включает:

- 1) осмотры, консультации специалистов, в том числе с использованием телемедицинских коммуникаций;
- 2) лабораторные и инструментальные исследования в соответствии со стандартами в области здравоохранения;
- 3) медицинские услуги (за исключением платных), лекарственное обеспечение в соответствии с лекарственными формулярами по медицинским показаниям;
- 4) обеспечение препаратами крови и ее компонентов по медицинским показаниям;
- 5) предоставление возможности находиться в медицинской организации матери (отцу) или иному лицу, непосредственно осуществляющему уход за ребенком в возрасте до трех лет, а также тяжело больных детей старшего возраста, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, с выдачей листа о временной нетрудоспособности;
- 6) обеспечение кормящей матери ребенка до одного года жизни бесплатным питанием в медицинской организации на весь период пребывания по уходу за ребенком;

7) раннюю и продолженную медицинскую реабилитацию согласно стандартам организации оказания медицинской помощи (далее – стандарт), утвержденным уполномоченным органом, включая позднюю, для детей и социально-уязвимых категорий граждан;

8) создание необходимых условий для игр, отдыха и проведения воспитательной работы в детских стационарных медицинских организациях;

9) паллиативную помощь и сестринский уход для категорий населения, установленных Правительством Республики Казахстан.

9. Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП включает:

1) осмотры, консультации специалистов;

2) медицинские услуги (за исключением платных), лекарственное обеспечение, в соответствии с лекарственными формулярами по медицинским показаниям;

3) раннюю и продолженную медицинскую реабилитацию для всех категорий граждан по показаниям, включая физиопроцедуры и лечебную физкультуру, согласно стандартам.



10. **Услуги патологоанатомического бюро** (отделений) в рамках ГОБМП включают:

- 1) патологоанатомические вскрытия;
- 2) гистологические исследования операционного и биопсийного материала;
- 3) цитологические исследования.



ГОБМП в форме санитарной авиации включает:

предоставление экстренной медицинской помощи населению при невозможности оказания медицинской помощи из-за отсутствия медицинского оборудования или специалистов соответствующей квалификации в медицинской организации по месту нахождения пациента;

доставку квалифицированных специалистов к месту назначения либо транспортировку больного в соответствующую медицинскую организацию различными видами транспорта.

Развитием санитарной авиации в Казахстане занимается

Республиканский координационный центр санитарной авиации в составе Республиканского центра неотложной медицины, входящего, в свою очередь, в Национальный медицинский холдинг.



ГОБМП в форме стационарозамещающей помощи включает:

осмотры, консультации специалистов;
лечебные процедуры и лекарственное обеспечение в соответствии с лекарственными формулярами по медицинским показаниям от 4 до 8 часов в течение дня



В Казахстане в рамках внедрения обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) будет расширен перечень бесплатных медуслуг, Во-первых, перечень бесплатных лекарств, которые граждане могут получить в аптеке по рецепту врача будет увеличиваться. Второе – это медицинская реабилитация, которая сейчас практически полностью платная, станет бесплатной. Одним из результатов будет снижение карманных расходов граждан на здравоохранение. Это одна из макроцелей, которые ставит Минздрав : «увеличить общие расходы на здравоохранение до 3-8% от ВВП, но при этом снизить долю карманных расходов населения», - сказал замглавы МЗСР РК. в Казахстане для обязательных ежемесячных взносов и закупа медицинских услуг на базе Комитета оплаты медицинских услуг МЗСР РК будет создан Фонд социального медстрахования в организационно-правовой форме некоммерческого акционерного общества. Учредителем и единственным акционером Фонда выступит Правительство РК.

«Фонд обязательного социального медицинского страхования будет создан в этом году, начнет функционировать. С 1 января следующего года в фонд начнут поступать взносы. И с 1 июля 2017 года фонд начнет уже выступать в роли плательщика медицинских услуг и будет оплачивать медуслуги, которые будут оказываться гражданам в рамках пакета», - сказал вице-министр.

Материнство – это позитивный опыт для большинства женщин

“Отцовство и материнство приносят с собой сильное желание видеть своих детей счастливыми и здоровыми. Это является одной из немногих констант в жизни во всех частях мира”



Генеральный директор ВОЗ,
д-р ЛИ Чон-вук
Всемирный день охраны здоровья.
Женева, апрель 2005 г.

- Безопасное материнство и эффективный перинатальный уход: нужны ли изменения?

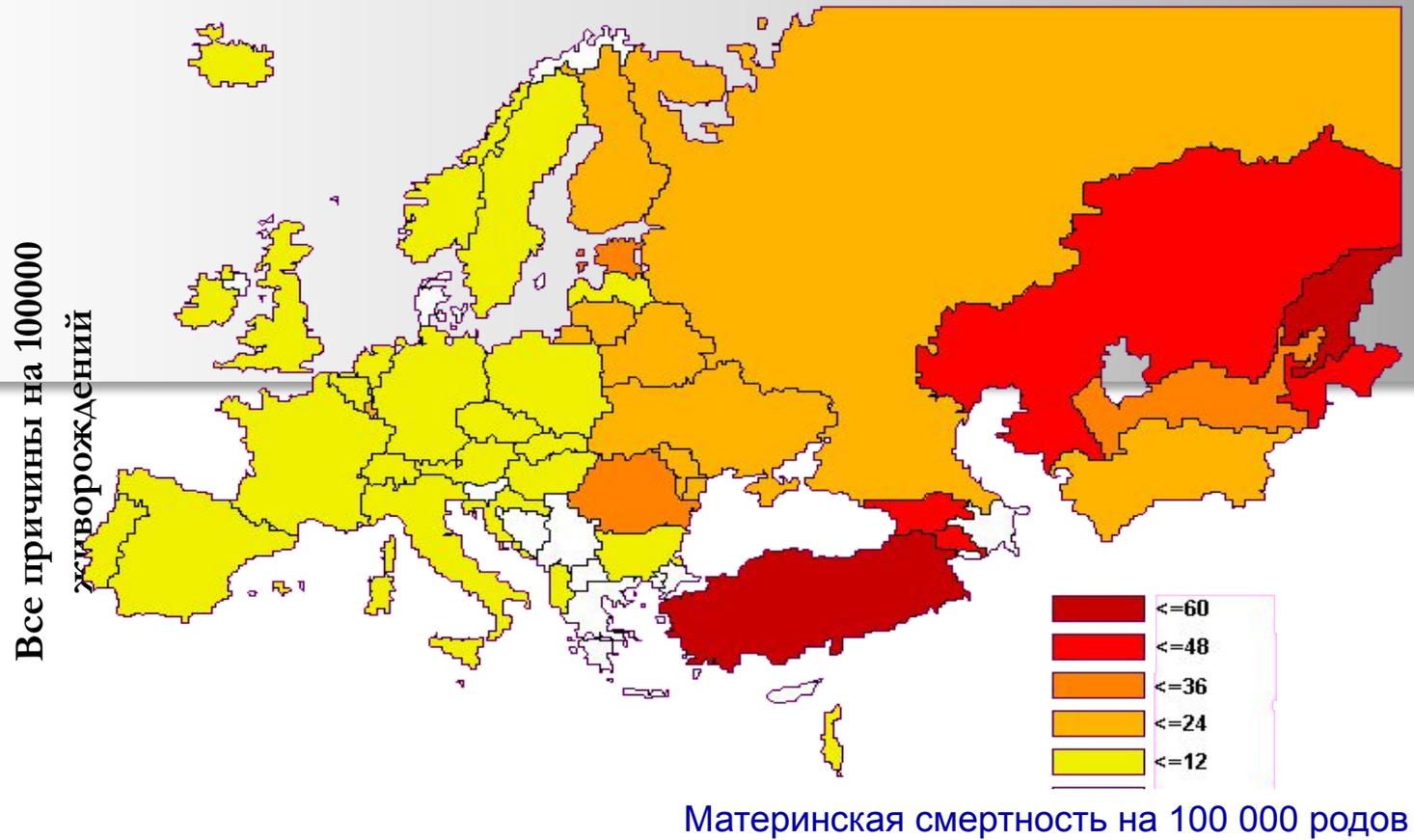
• Модуль - 1С

- Восемь Целей развития тысячелетия (ЦРТ): какие они?
 - Цель 1: Преодолеть крайнюю бедность и голод
 - Цель 2: Достичь глобального начального образования
 - Цель 3: Способствовать гендерному равенству и делегированию полномочий женщинам
 - **Цель 4: Уменьшить процент детской смертности**
 - **Цель 5: Улучшить здоровье матерей**
 - **Цель 6: Борьба с распространением ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулеза**
 - Цель 7: Обеспечить устойчивость окружающей среды
 - **Цель 8: Развитие глобальной партнерства для всеобщего развития**
- особое внимание!**

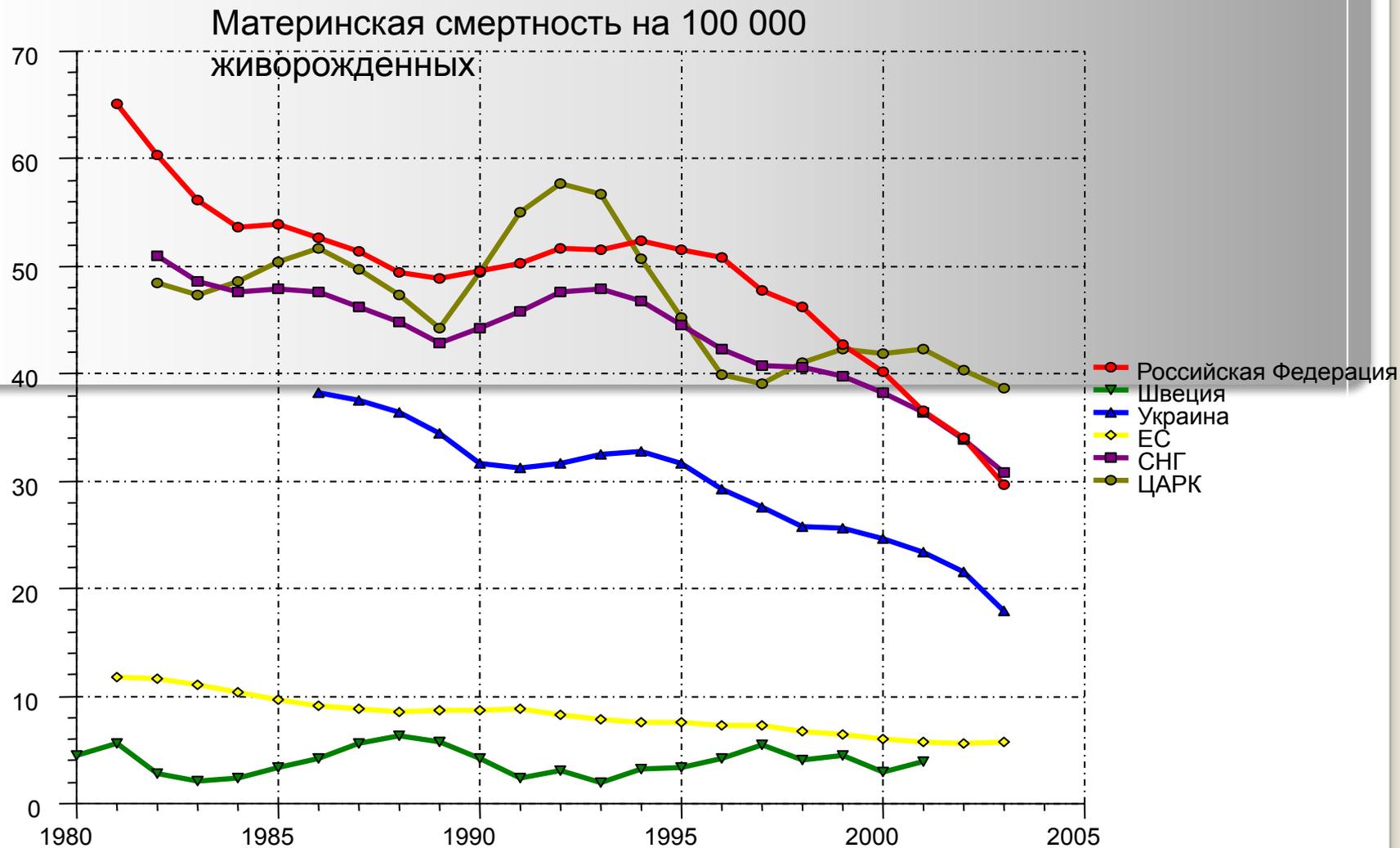
- Однако, сегодня в мире ...
- Каждую минуту одна женщина умирает из-за осложнений, связанных с беременностью
- 1 600 матерей умирают каждый день и, следовательно, более 500 000 умирает ежегодно
- Ежегодно восемь миллионов женщин страдают от осложнений, связанных с беременностью
- Миллионы женщин страдают от инвалидности наступившей в

WHO, 2005

- Материнская смертность в Европейском регионе в 2004 г.



• Динамика материнской смертности в Европейских странах, 1980-2004 гг.



• Главные причины материнской смертности

- Тяжелое кровотечение 25%
- Инфекция 15%
- Эклампсия 12%
- Небезопасный аборт 13%

- Затяжные (обструкционные) роды 8%
- Другие непосредственные причины 8%
- Косвенные причины 20%

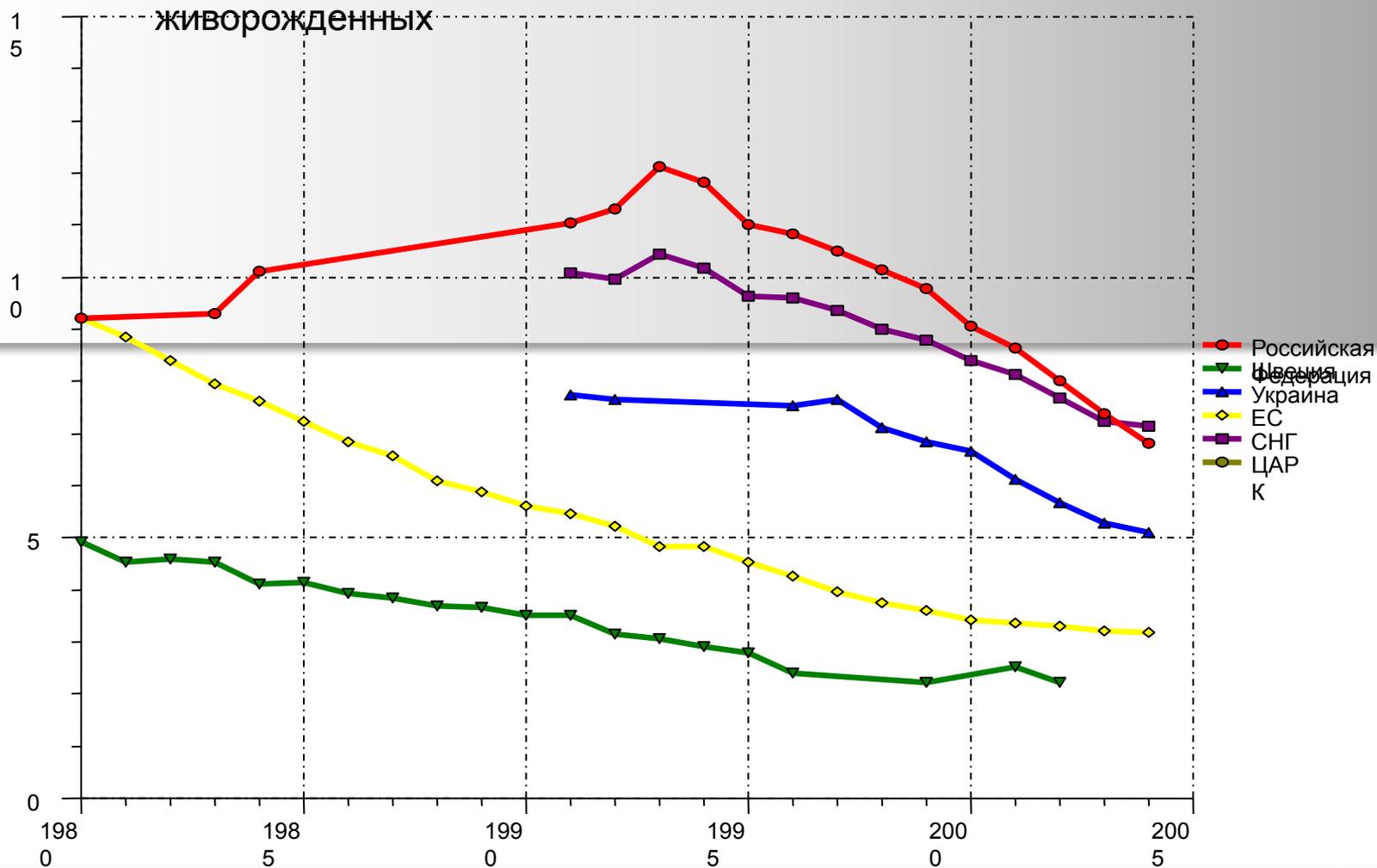
WHO,
2005

- Невозможно смириться с высоким процентом материнской смертности, потому что...
- ... достоверные данные показывают, что 80% всех смертей происходят из-за четырех главных акушерских причин, но их можно избежать с помощью простых, эффективных и недорогих мероприятий ...

- Детская смертность в мире
- Каждую минуту в мире умирает 20 детей в возрасте до 5 лет. Это означает, что около 30 000 детей умирает каждый день, а больше 10 миллионов – каждый год
 - из них 4 миллиона смертей новорожденных
 - 2/3 неонатальных смертей случаются в первую неделю жизни, а 2/3 из них случаются в первые 24 часа жизни
- Каждый год 4 миллиона рождаются мертвыми

• Динамика неонатальной смертности в Европейском регионе, 1980-2004 гг.

Неонатальная смертность на 1 000



- Причины неонатальной смертности в мире в 2001 г.



- Невозможно смириться с высоким уровнем неонатальной смертности, потому что...
- Многие случаи детских и неонатальных смертей можно предотвратить с помощью известных, доступных и недорогих технологий, при условии, что они будут доступны всем

**“Не оставим без внимания
каждую мать, каждого
ребенка!”**



Лозунг ВОЗ к Всемирному дню охраны здоровья (2005 г.)

- Программа «Безопасное материнство»
- ... Здоровое начало в жизни является приоритетом для всех стран, а наилучшая стратегия для достижения этой цели - внедрение программы «Безопасное материнство»...

WHO, 2005

- Главные задачи улучшения перинатального ухода
- До 2015 г. уменьшить показатели материнской смертности на 75% по сравнению с уровнем 1990 г
- Уменьшить процент детской смертности до уровня менее 35 на 1 000 живорожденных
- Обеспечить доступ к услугам репродуктивного здоровья всем, кто нуждается
- Обеспечить необходимый

WHO, 2005

• Ценности и принципы

перинатального ухода в Европейском регионе

- При нормальной беременности и родах использование медикаментов должно быть минимально
- Уход должен:
 - основываться на использовании надлежащих технологий;
 - быть регионализированным;
 - быть научно-обоснованным;
 - быть многоплановым;
 - быть целостным;
 - ориентироваться на семью;
 - соответствовать культурным особенностям женщин;
 - вовлекать женщин в процесс принятия решения;
 - уважать приватность, достоинство [WHO EURO, 1998](#)
конфиденциальность женщин. [WHO EURO, 2003](#)

- Сложности и проблемы, существующие в некоторых странах Европы (1)
- Сохраняющийся высокий уровень материнской и детской смертности
- Чрезмерное и неоправданное использование лекарственных препаратов
- Преимущественная ориентация на уход в стационаре
- Использование устаревших клинических протоколов – перинатальный уход не опирается

- Сложности и проблемы, существующие в некоторых странах Европы (2)
- Нехватка основных расходных медицинских материалов и лекарственных средств для оказания эффективного и надлежащего перинатального ухода
- Отсутствие стандартизации показателей
- Отсутствие скоординированных действий в оказании медицинской помощи

- Критерии наилучшей модели медицинского ухода
 - Безопасность
 - Научная доказательность
 - Последовательность и целостность
 - Доступность и наличие
 - Принятие во внимание прав пациентов
 - Междисциплинарный подход

WHO, 1996

WHO, 2000

- Этапы в оказании медицинской помощи – регионализация
- Рациональное распределение медицинских услуг в пределах региона обеспечивает:
 - доступность помощи
 - эффективность помощи
 - безопасность помощи
 - экономичность помощи

**Удовлетворение потребностей
семьи – это
надежный показатель качества
медицинских
услуг и работы системы**



•
Высказывания женщин



“Беременность – это не
болезнь...”

“Женщины – тоже люди...”

“... Акушерство должно
быть научно
обоснованным ...”

“... Счастливая женщина –
важный критерий
качества акушерской
помощи...”

Oakley A. et al. ,1992

• Что говорят женщины?

“... Физическое здоровье не рассматривается в контексте психического здоровья, окружающей среды и условий жизни...”

“...Для медработников характерно демонстрировать свое превосходство и не показывать уважительного, тактичного и внимательного

отношения.”
Taylor, Diana, C. Power, 1997



- Мнения женщин из Молдовы



- ...Качество антенатального ухода
неудовлетворительное,
потому что медработники
демонстрируют слишком
формальное отношение...
- ...Мало информации
относительно родов,
грудного вскармливания и
планирования семьи...

JSI/USAID, 2004

• Впечатления женщин о родах: неприятные воспоминания

- Акушерские столы 71,1%
- Открытая дверь 41,6%
- Боль во время вагинального исследования 50,0%
- Медперсонал не обращал внимания 27,3%
- Оскорбление достоинства 82,3%
- Неуважительное отношение 63,9%
- Женщина не была самым важным человеком в родильном зале 51,9%
- Женщина была виноватой, если что-то случилось 27,3%
- Нет возможности использовать гигиеническую

В результате 42,8% опрошенных сказали, что они хотели бы рожать дома прокладку 70,2%

Женщины во всем мире указывают на одни и те же принципы, которые необходимо учитывать при предоставлении качественного перинатального ухода



- Однако очень часто...

- Назначается стандартный набор манипуляций
- Назначения делаются рутинно, автоматически, согласно ранее принятой схемы
- Что ведет к так называемой «акушерской агрессии»
 - Ятрогенные, необоснованные действия, предпринимаемые якобы для пользы, в результате приносят только вред
 - увеличивают процент осложнений, связанных с беременностью и родами
 - увеличивают процент перинатальной, младенческой и материнской смертности и заболеваемости

Peter F. Schlenzka, 1997

- Две модели оказания перинатальной помощи

Традиционна

- Мать и дитя воспринимаются как пациенты
- Разные этапы родов проводятся в разных помещениях
- Уход за ребенком проводится в отдельной палате
- Запрещено посещение родственниками
- Отцов только информируют о ходе родов

Ориентированная на семью

- Мать, младенец и медработники – члены одной команды
- Роды от начала до конца проходят в одном помещении
- Уход за матерью и ребенком осуществляется в одной палате
- Родственники привлекаются к уходу за матерью и ребенком
- Отец принимает участие в родах

- Надлежащие технологии

- **Технология** - это ряд мероприятий, которые включают методы, процедуры, вмешательства, оборудование и др. инструменты, применяемые систематически для решения конкретной проблемы

- **Технология** считается надлежащей, если она эффективна, безопасна, доступна, подходит как пациентам, так и медикам, и есть возможность для ее реализации

Beverly Chalmers et al, 2001

ЖНПБ, 2002

- Надлежащие технологии в перинатальном уходе

- Роль женщины в принятии всех важных решений
- Гравидограмма, используемая при беременности и партограмма - при родах
- Партнеру разрешается находиться в родовой комнате
- Свободный выбор позиции в родах
- Исключение необоснованных процедур
- Ранний и неограниченный контакт «кожа к коже»
- Профилактика гипотермии новорожденного
- Эффективная реанимация новорожденного
- Грудное вскармливание по требованию и совместное пребывание
- Правильное мытье рук медперсоналом как наилучший способ профилактики инфекции
- Рациональное использование лекарственных средств

- Принципы «Безопасного материнства»

- Человеческая жизнь бесценна

- Безопасное материнство – это право человека

- Все женщины должны иметь доступ к неотложной акушерской помощи (НАП)

- На всех родах должен присутствовать хорошо обученный медперсонал

ЖНО 1996

- Принципы эффективного перинатального ухода
- Беременность не должна рассматриваться как болезнь, роды не должны считаться проблемой, а новорожденные – больными
- Более 85% всех беременностей не нуждаются во вмешательствах со стороны медиков, следовательно, простое наблюдение, эмоциональная и психологическая поддержка должны считаться нормальным уходом

- Надлежащие перинатальные технологии

- Включают не только новые эффективные технологии, но это также отказ от ненужных, а иногда и вредных вмешательств, таких как:

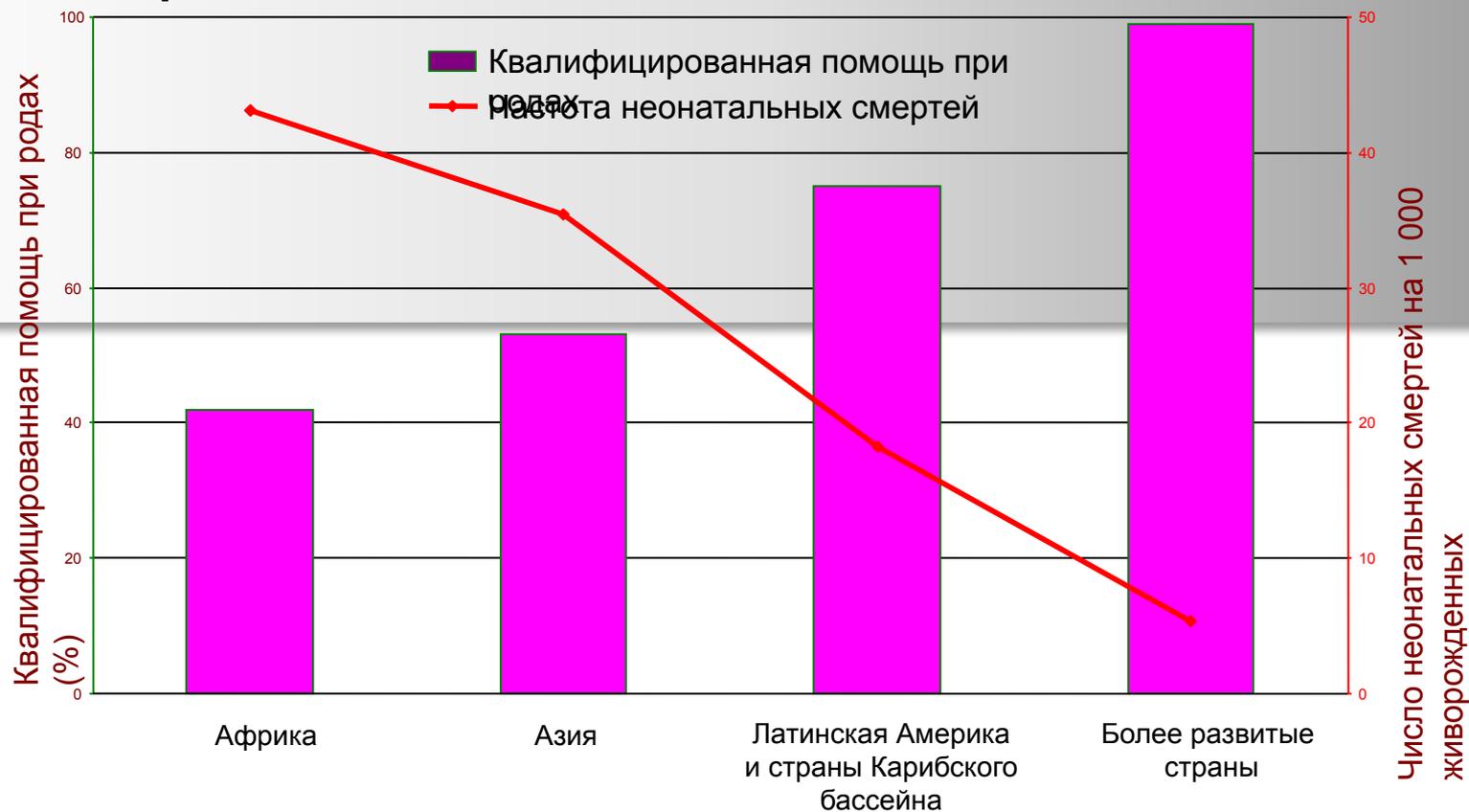
- рутинная катетеризация;
- лёд на низ живота;
- рутинные антенатальные обследования (для скрининга);
- клизма;
- бритье промежности;
- неоправданная эпизиотомия;
- нерациональное использование антибиотиков, профилактика и т.д.

Murray W. Enkin et al, 2001

ВОЗ, ЕВРО, 2002 г.

- Нужно ли тратить ограниченные ресурсы на...?
- Рутинный многократный ультразвуковой скрининг
- Скрининг на инфекции (например, TORCH)
- УФ лампы
- Множество дезинфицирующих средств
- Лечение фето-плацентарной недостаточности
- Медикаментозную подготовку к родам
- И многое другое

• Взаимосвязь между квалифицированной помощью при родах и уровнем неонатальной смертности



- Целевые мероприятия для матерей и детей
- Опытный медработник – для каждого рождения
- Исключительное грудное вскармливание
- Выявление осложнений и направление в стационар
- Инфекционный контроль

- Значимость
международного сотрудничества

- «Акушерство должно основываться на доказательствах»

Oakley, UK, 1992

- «Акушерство не должно иметь границ»

Taylor and Dower, USA, 1997

- «... Важно помнить, что, как и математика с её всемирными законами, принадлежащими всему человечеству, медицина также имеет собственные всемирные закономерности. Осознание этих закономерностей позволяет с высокой эффективностью оказывать медицинскую помощь вне зависимости от национальной и расовой принадлежности врачей и их пациентов...»

A.Mikhailov, R.Tunell, 2004

- Эффективные технологии действительно существуют, но их внедрение зависит от нас

1601 Капитан Ланкастер подтверждает, что лимонный сок предотвращает цингу.

146 лет спустя

1747 Британский военно-морской флот повторяет результаты Ланкастера.

48 лет спустя

1795 Руководство Британского военно-морского флота принимает решение давать лимонный сок морякам.

70 лет спустя

1865 Британский торгово-морской флот начинает давать лимонный сок морякам.

Таким образом, только 246 лет спустя эта эффективная технология была окончательно полностью реализована!!!

- Задайте себе четыре главных вопроса о том, что вы применяете в своей работе

1. Какие вмешательства я обычно использую в своей работе?

2. Зачем я их использую?

3. Достигаю ли я своей цели?

4. Есть ли какие-либо другие, лучшие пути достижения моей цели?

