

УДК 618.2:618.9

Т.К. ЧУВАКОВА, Б.Т. КАРИН

Корпоративный Фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана, Республика Казахстан

ВНЕДРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКУ ОРГАНИЗАЦИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Проведенные реформы здравоохранения в Казахстане, направленные на внедрение в практику родовспоможения и детства эффективных технологий ухода и медицинской помощи матерям и детям, способствовали выполнению Цели Развития Тысячелетия-4 (ЦРТ-4) в Казахстане, что подтверждается Согласованным заключением Межведомственной Группы Организации Объединенных Наций по оценке уровня смертности (2014 г.): «Казахстан, начиная с 1990 г., добился значительного прогресса в снижении младенческой и детской смертности на 64% и 65% соответственно. Страна выполнила ЦРТ-4 по снижению смертности детей от 0 до 5 лет к 2014 году».

Ключевые слова: Цели Развития Тысячелетия, детская (ЦРТ), младенческая и неонатальная смертность.

Проведенные реформы здравоохранения в Казахстане, направленные на внедрение в практику родовспоможения и детства эффективных технологий ухода и медицинской помощи матерям и детям, способствовали выполнению Цели Развития Тысячелетия-4 (ЦРТ-4) в Казахстане, что подтверждается Согласованным заключением Межведомственной Группы Организации Объединенных Наций по оценке уровня смертности (2014 г.): «Казахстан, начиная с 1990 г., добился значительного прогресса в снижении младенческой и детской смертности на 64% и 65% соответственно. Страна выполнила ЦРТ 4 по снижению смертности детей от 0 до 5 лет к 2014 году».

Цель исследования - придавая особое значение своевременному достижению Целей Развития Тысячелетия, Министерством здравоохранения РК при технической поддержке регионального офиса ЮНИСЕФ было инициировано проведение анализа причин младенческой и детской смертности в Казахстане [1].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью получения полной и достоверной информации о всех родившихся и умерших младенцах, с января 2008 года Казахстан перешел на регистрацию случаев живорождения и мертворождения в соответствии с международными критериями, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения [2]. В этой связи в национальную перинатальную статистику внесены новорожденные, имеющие массу тела при рождении 500 г и более, родившиеся с гестационным возрастом 22 недели и более, имеющие длину тела 25 см и более. Для разработки и осуществления адекватных вмешательств и рационального распределения ресурсов на всех уровнях системы, ответственных за выживание детей, статистические данные стали представляться в разбивке по

весовым категориям и периоду смерти с использованием методологии BABIES [3].

Методология "BABIES" является одним из инструментов, предусматривающих обязательный учет всех перинатальных рождений и потерь, так как расчет специфических показателей плодово-младенческих потерь проводится с учетом первоначальной массы тела родившихся и умерших на первом году жизни. Этот инструмент позволяет проводить мониторинг и оценку мероприятий по улучшению охраны здоровья детей, своевременно выявлять проблемы, возникающие в практике родовспоможения, и проводить адекватную коррекцию путем выбора соответствующего пакета вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты анализа были положены в основу 1-го отчета Правительства РК и Представительства ООН в Казахстане [4], который был доложен на заседании Парламента РК в ноябре 2005 г.: «Снижение детской смертности в Казахстане: ситуация, проблемы, ключевые интервенции» [5].

Как и ожидалось, в связи с расширением критериев живорождения и мертворождения в 2008 году повысились показатели плодово-младенческих потерь (табл. 1). Так, по сравнению с показателями без учета плодов и новорожденных с массой тела 500-999 г, мертворождаемость повысилась на 40,8%, перинатальная смертность на 37,6%, ранняя неонатальная смертность на 36% и младенческая смертность на 21,4%.

Основную долю плодово-младенческих потерь (рис. 1) составляли новорожденные, умершие в раннем неонатальном периоде (39%), мертворожденные (34%), а также младенцы, умершие в постнеонатальном периоде (18%). В позднем неонатальном периоде потери детей были наи-

Контакты: Чувакова Тамара Курмангалиевна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФКФ «УМС» ННЦМД, г. Астана, Республика Казахстан. Тел.: + 7 701 999 68 80, e-mail: ch.tamara@mail.ru

Contacts: Tamara Kurmangaliyeva Chuvakova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the CF "UMC" NSCMC, Astana c., Republic of Kazakhstan. Ph.: + 7 701 999 68 80, e-mail: ch.tamara@mail.ru

меньшими (9%). При этом умирали практически все новорожденные с чрезвычайно малой массой тела при рождении (до 1000 г), каждый второй с массой тела менее 1500 г и каждый седьмой с массой тела при рождении от 1500 до 2499 г (табл. 2).

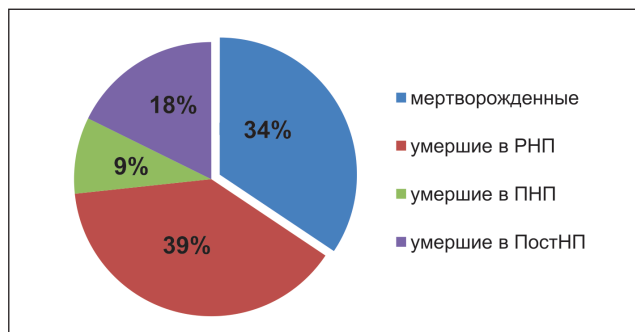


Рисунок 1 - Структура плодово-младенческих потерь в РК в 2008 г.

Существенные потери были зарегистрированы и среди младенцев с нормальной массой тела при рождении (2500 г и более) – 12,6%, которые погибали преимущественно в раннем неонатальном (3,5%) и постнеонатальном периодах (4,3%). Показатель мертворождаемости в данной весовой категории был также достаточно высоким (3,6%).

Согласно методологии “BABIES” было показано (рис. 2), что в Казахстане в 2008 г. наиболее важным

фактором, определяющим плодово-младенческие потери, являлось состояние здоровья женщин (11,5%) – основной причины преждевременного рождения младенцев с экстремально низкой (от 500 до 999 г) и очень низкой (от 1000 до 1490 г) массой тела.

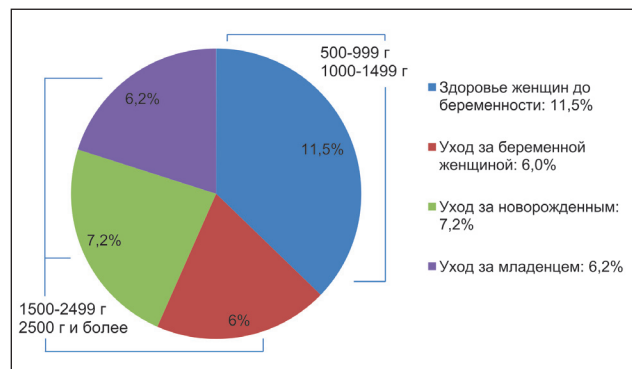


Рисунок 2 - Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане, 2008 год

На втором месте по значимости определены нарушения организации и ухода за новорожденными в родовспомогательных организациях (7,2%), на 3-м – уход за младенцем после выписки из родильного дома (6,2%) и, наконец, уход за беременной женщиной, включающий антенатальный уход и оказание помощи роженице в родах (6,0%) при общих плодово-младенческих потерях 30,9% (11,5%+7,2%+6,2%+6,0%).

Таблица 1 - Показатели плодово-младенческих потерь в Казахстане за 2008 г. (на 1000 родившихся живыми)

	Мертворождаемость	Ранняя неонатальная смертность	Перинатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Неонатальная смертность	Постнеонатальная смертность	Младенческая смертность
С учетом новорожденных с массой тела 500-999 г	10,7	12,1	22,6	2,8	14,9	5,5	20,4
Без учета новорожденных с массой тела 500-999 г	7,6	8,9	16,5	2,5	11,4	5,4	16,8
Прирост показателя в %	40,8	36,0	37,6	12,0	30,7	1,8	21,4

Таблица 2 - Специфический показатель мертворождаемости и смертности младенцев в Казахстане в 2008 г. (на 1000 родившихся в соответствующей весовой категории)

Масса тела при рождении в граммах	Время наступления смерти					
	антенатально	интранатально	0-6 дней	7-28 дней	28 дн-1 год	всего
500-999	344,5	77,4	440,1	43,2	20,8	926
1000-1499	170	21,8	279,1	57,7	21,4	560,2
1500-2499	43,1	5,8	59,7	14,4	18,9	141,8
2500 и >	2,7	0,9	3,5	1,3	4,3	12,6
Всего	8,8	1,9	12	2,8	5,4	30,9

Таким образом, анализ плодово-младенческих потерь по весовым категориям и периодам смертности, а также факторам, определяющим эти потери, позволил выявить степень значимости каждого из них в структуре смертности и сделать выбор по приоритетности интервенций. Были определены пакеты вмешательств с приоритетным распределением ресурсов в рамках реализации национальных программ, разработанных Министерством здравоохранения РК: «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.», утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г., №1438 и «Программа по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 годы», утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2007 г., №1325.

С целью совершенствования перинатального ухода в стране стали внедряться программы ВОЗ «Безопасная беременность» и «Эффективный перинатальный уход» [6] с проведением регионализации перинатальной помощи во всех 16 регионах страны. Адекватное клиническое ведение болезней детского возраста и патронажное наблюдение за детьми на уровне первичной медико-санитарной помощи были обеспечены внедрением стратегий ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям и интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ) на амбулаторном уровне [7, 8, 9]. Разработаны и внедрены в практику клинические руководства и протоколы диагностики и лечения заболеваний детей от 0 до 5 лет на основе международных рекомендаций, основанных на доказательной медицине.

Проведенные в Казахстане реформы здравоохранения обеспечили позитивные результаты в плане улучшения качества оказываемых услуг в системе охраны здоровья матери и ребенка. С 2009 г. наметилось устойчивое снижение показателя младенческой смертности, уровень которой к 2016 г. составил 8,6% (рис. 3). Снижение МС было обусловлено уменьшением потерь в раннем неонатальном периоде в 3 раза: с 12,0% в 2008 г. до 3,3% в 2016 г. за счет повышения выживаемости маловесных детей, в том числе с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении (табл. 3).

Таблица 3 - Выживаемость среди новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела до 1 года в РК в 2014-2016 гг.

Масса тела, г	2014 г.	2015 г.	2016 г.
500 – 999,0	37%	53%	45%
1000 – 1499	73%	77%	80%

Произошли и структурные изменения плодово-младенческих потерь в Казахстане за период 2009-2016 годы, повлиявшие и на распределение факторов, определяющих пакеты вмешательств (рис. 3).

Одним из наиболее значимых факторов, определяющих плодово-младенческие потери, по-прежнему является состояние репродуктивного здоровья женщин до беременности – 7,4%. Несмотря на снижение этого показателя на

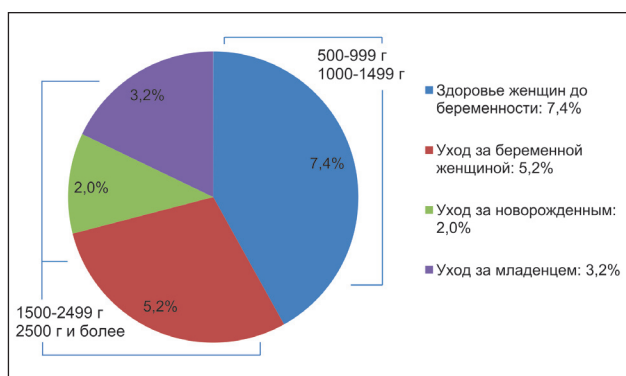


Рисунок 3 - Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане в 2016 г. (в %)

4,1% по сравнению с 2008 годом, его доля в общем показателе плодово-младенческих потерь (17,8%) остается высокой, составляя 41,6% в 2016 г. Это свидетельствует о необходимости усиления мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин до беременности путем улучшения их питания (предупреждение микронутриентной недостаточности), поддержка здорового образа жизни, обеспечение планирования семьи, профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем. Дальнейшего улучшения требует уход за беременными в антенатальном периоде, так как потери плодов в этом периоде снизились всего на 0,8% (с 6,0% в 2008 г. до 5,2% в 2016 г.). Значительно снизился вклад в плодово-младенческие потери такого фактора, как уход за новорожденными в родильном доме: с 7,2% в 2008 г. до 2,0% в 2016 г., что положительно коррелирует со снижением показателя ранней неонатальной смертности и свидетельствует об эффективности внедряемых в практику родовспоможения новых технологий ухода и медицинской помощи новорожденным.

В структуре плодово-младенческих потерь снизилась доля и такого фактора, как «уход за младенцем после выписки из родильного дома» с 6,2% в 2008 г. до 3,2% в 2016 г. Это свидетельствует об эффективности внедряемых в практику ПМСП и стационаров стратегий ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста.

Приведенные факты свидетельствуют об имеющихся резервах, которые могут способствовать дальнейшему улучшению основных показателей, характеризующих качество медицинских услуг в системе детства и родовспоможения для достижения показателей экономически развитых стран (например, США, рис. 4).

Согласно заключению Межведомственной Группы Организации Объединенных Наций по оценке уровня смертности [10], Казахстан, начиная с конца 1990-х года, добился значительного прогресса в снижении уровня младенческой и детской смертности на 64 и 65% соответственно. По их расчетам в Казахстане показатель смертности детей до 5 лет, начиная с 2000 года, снижался примерно на 6,5% в год. Страна досрочно выполнила Цель-4 по снижению смертности детей от 0 до 5 лет к 2014 году (рис. 5).

ВЫВОДЫ

Анализ показал, что уровень детской смертности можно значительно снизить при условии:

- 1) улучшения учета и анализа статистических данных;

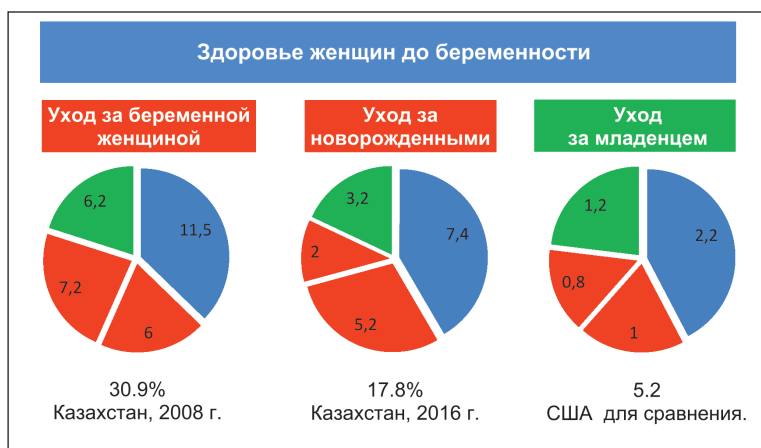


Рисунок 4 - Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане (%)

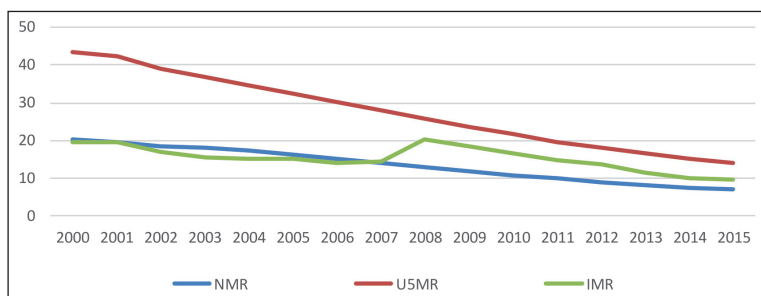


Рисунок 5 - Динамика детской, младенческой и неонатальной смертности на 1000 родившихся живыми. Казахстан, 2000-2015 (Источник: IGME) [10]

- 2) совершенствования перинатального ухода;
- 3) адекватного клинического ведения болезней детского возраста и патронажного наблюдения за детьми на уровне ПМСП.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чувакова Т.К., Касонде Дж. Причины младенческой и детской смертности в Казахстане. - ЮНИСЕФ, Алматы, 2003. – 58 с.
- 2 Распоряжение Премьер Министра РК за № 38 от 01.03. 2006 г «Об утверждении Плана мероприятий по переходу Республики Казахстан на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения».
- 3 Lawn J., McCarthy B.J., Ross S.R. The Healthy Newborn // A Reference Manual for Program Managers. – CDC. CCHI, 2000.
- 4 Отчет Правительства Республики Казахстан и Пред-

ставительства ООН в Казахстане «Цели Развития на пороге Тысячелетия в Казахстане», 2005. ЦРТ4 «Снижение детской смертности» – Т. Чувакова, Л. Горбунова. - С. 42-55.

5 Чувакова Т.К. Снижение детской смертности в Казахстане: ситуация, проблемы, ключевые интервенции. – доклад на заседании Парламента РК, ноябрь 2005 г.

6 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. World Health organisation, Geneva, 2006

7 Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний детского возраста. ВОЗ, первое и второе издания 2006 и 2013 гг.

8 Интегрированное ведение болезней детского возраста от 2 месяцев до 5 лет. ВОЗ, 2005 г. <http://www.who.int>

9 Ведение больного младенца в возрасте от 0 до 2 месяцев. ВОЗ, 2008 <http://www.who.int>

10 Правительственная рабочая группа и Межведомственная группа ООН по расчету показателей детской смертности, г. Астана, Казахстан, 22-25 июня 2013 г.

REFERENCES

- 1 Chuvakova TK, Kassonde G. *Prichiny mladencheskoy i detskoy smertnosti v Kazakhstane* [The reasons of infant and child mortality in Kazakhstan]. UNICEF, Almaty; 2003. P. 58
- 2 *Rasporyazheniye Premyer Ministra RK za № 38 ot 01.03. 2006 g «Ob utverzhdenii Plana meropriyatiy po perekhodu Respubliki Kazakhstan na kriterii zhivorozhdeniya i mertvorozhdeniya, rekomendovannyye Vsemirnoy organizatsiyey zdravoookhraneniya* [The order of Prime Minister of the Republic of Kazakhstan under No. 38 dated 01.03. 2006 "On approval of the Plan of measures for the transition of the Republic of Kazakhstan to the criteria of live birth and dead birth, recommended by the World Health Organization"].
- 3 Lawn J, McCarthy BJ, Ross SR. *The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers*. CDC. CCHI; 2000
- 4 Chuvakova T, Gorbunova L. *Otchet Pravitelstva Respubliki Kazakhstan i Predstavitelstva OON v Kazakhstane «Tseli Razvitiya na poroge Tysyacheletiya v Kazakhstane», 2005. TSRT4 «Snizheniye detskoy smertnosti»* [The report of the Government of the Republic of Kazakhstan and the UN Representative to Kazakhstan "Development Goals on the threshold of Millenium in Kazakhstan", 2005. MDG4 "Child Mortality Reducing"]. P. 42-55
- 5 Chuvakova TK. *Snizheniye detskoy smertnosti v Kazakhstane: situatsiya, problemy, klyuchevyye interventsii. Doklad na zasedanii Parlamenta RK* [Reducing child mortality in Kazakhstan: situation, problems, key interventions. - the report at the session of the Parliament of the Republic of Kazakhstan]. 2005
- 6 *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice*. World Health organisation, Geneva; 2006
- 7 *Okazaniye statsionarnoy pomoshchi detyam. Rukovodstvo po vedeniyu naiboleye rasprostranennykh zabolvaniy detskogo*

vozrasta. VOZ, pervoye i vtoroye izdaniya 2006 i 2013 gg. [Provision of inpatient care for children. Guidelines for managing the most common childhood diseases. The WHO, first and second editions of 2006 and 2013] Available from: <http://www.who.int>

8 *Integririvanoye vedeniye bolezney detskogo vozrasta ot 2 mesyatshev do 5 let. VOZ, 2005* [Integrated management of childhood illnesses from 2-month till 5-year age. The WHO, 2005] Available from: <http://www.who.int>

9 *Management of a sick infant aged 0 to 2 months. WHO, 2008* [Conducting a sick infant at the age from 0 to 2 months. The WHO, 2008.] Available from: <http://www.who.int>

10 *Pravitelstvennaya rabochaya gruppy i Mezhevdomstvennaya gruppy OON po raschetu pokazateley detskoy smertnosti, g. Astana, Kazakhstan, 2013* [Overnmental working group and the United Nations Interagency Group on calculation of the indicators of the child mortality, Astana, Kazakhstan, June 22-25, 2013]

ТҰЖЫРЫМ

Т.К. ЧУВАКОВА, Б.Т. КАРИН

«University Medical Center» корпоративтік қоры Ана мен Бала Ұлттық Ғылыми Орталығы, Астана қ., Қазақстан Республикасы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БОСАНДЫРУ ЖӘНЕ БАЛАЛАР ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІНЕ ТИІМДІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ

Қазақстанның денсаулық сақтау саласында жүргізілген

реформалар босандыру мен балалар тәжірибесіне аналар мен балалар күтіміне медициналық көмектің тиімді технологияларын енгізуге бағытталған және Қазақстанның Мың жылдық Даму Мақсаттарының орындалуына өз үлесін қосты (МДМ-4), ол Біріккен Ұлттар Ұйымының Бөлімшаралық Тобының өлім деңгейін бағалау жөніндегі Келісілген қорытындысымен (2014) дәлелденеді: «Қазақстан 1990 жылдан бері нәрестелер мен балалар өлімін сәйкес 64% және 65%-ға азайтуда едәуір жетістіктерге қол жеткізді. Ел 0-дан 5 жасқа дейінгі балалар өлімін азайту жөнінде МДМ 4-ті 2014 жылы орындады.

Негізгі сөздер: Мыңжылдықтың Даму Мақсаттары, балалар, нәрестелер және неонатальды өлім.

SUMMARY

T.K. CHUVAKOVA, B.T. KARIN

Corporate fund "University Medical Center" National Scientific Center of Motherhood and Childhood, Astana c., Republic of Kazakhstan

INTRODUCTION OF EFFECTIVE MEDICAL TECHNOLOGIES IN THE PRACTICE OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD ORGANIZATIONS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The ongoing health reforms in Kazakhstan aimed at introducing effective technologies of care and medical support to mothers and children in the practice of obstetrics and childhood contributed to the Millennium Development Goal 4 (MDG-4) in Kazakhstan, as evidenced by the Agreed Conclusion of the United Nations Inter-Agency Group on Assessment The mortality rate (2014): "Kazakhstan, since 1990, has made significant progress in reducing infant and child mortality by 64% and 65% respectively. The country has met MDG 4 to reduce the death rate of children from 0 to 5 years by 2014".

Key words: Millennium Development Goals, infant and neonatal mortality.

Для ссылки: Чувакова Т.К., Карин Б.Т. Внедрение эффективных медицинских технологий в практику организаций родовспоможения и детства Республики Казахстан // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – № 4 (178). – P. 110-114

Статья поступила в редакцию 30.03.2017 г.

Статья принята в печать 10.04.2017 г.

УДК 618.3-005.1-073.96

К.Б. УМИРБЕКОВ, А.Х. МУСТАФИН, Д.А. ТУРАКБАЕВА, М.К. СЫЗДЫКБАЕВ, А.А. САГИМБАЕВ

Медицинский Университет Астана, г. Астана, Республика Казахстан,

Перинатальный центр №1, г. Астана, Республика Казахстан

ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В АКУШЕРСТВЕ

В статье на основе литературных публикаций и собственных данных авторы характеризуют преимущества применения тромбоэластографии (ТЭГ) при акушерских кровотечениях. Путем ретроспективного анализа 30 историй родов с объемом кровопотери более 1200 мл, которым проводилась ТЭГ (основная группа), и еще 30 историй родов с объемом кровопотери больше 1200 мл, у которых гемостаз контролировался только рутинными коагулологическими тестами. Статистический анализ полученных данных показывает, что применение ТЭГ уменьшает количество необоснованных трансфузий препаратов крови.

Ключевые слова: тромбоэластография, коагуляционный гемостаз, массивное кровотечение.

Контакты: Мустафин Алибек Хамзенович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии АО «МУА», консультант отделения реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии БМЦ УДП РК г. Астана, Республика Казахстан, Тел.: + 7 701 999 6551, 403571, e-mail:alibekmustafin@yandex.kz

Contacts: Alibek Khamzenovich Mustafin, Doctor of Medical Sciences, professor, the Head of the Department of Anesthesiology and Reanimatology MUA JSC, consultant of resuscitation department, Anesthesiology and intensive care MCH PAA RK Astana c., Republic of Kazakhstan, Ph.: + 7 701 999 6551, 403571, e-mail:alibekmustafin@yandex.kz