

Краткое руководство по охране здоровья матери и ребенка

*Для специалистов, выезжающих в регионы
Республики Узбекистан*

Ташкент 2009г.

Составители:

Камилов А.И.	Заместитель министра здравоохранения, профессор
Ядгарова К.Т.	Начальник Главного управления охраны материнства и детства МЗ
Султанов С.Н.	Главный акушер гинеколог МЗ, Директор НИИ АиГ, профессор
Джубатова Р.С.	Директор НИИ Педиатрии, д.м.н., профессор
Ахмедова Д.И.	Проректор ТашПМИ, д.м.н., профессор
Умарова З.С.	Координатор проекта «Внедрения критерия живо-, мертворождения ВОЗ» д.м.н., профессор
Хасанова Д.А.	Директор Республиканского центра репродуктивного здоровья, к.м.н., доцент

Рецензенты:

Нажмутдинова Д.К.	Проректор по науке ТМА, д.м.н., профессор
Любчич А.С.	Директор Республиканского перинатального центра, к.м.н.
Салихова К.Ш.	Зам. Директора по науке НИИ Педиатрии, Главный неонатолог МЗ

Оглавление:

Деятельность выездных бригад по выполнению Государственной программы.....	4-5
Глава 1. Основные направления современного этапа реформ в здравоохранении Узбекистана.....	5-10
Глава 2. Демография. Медико-социальные аспекты.....	10-15
Глава 3. Организационные и правовые аспекты охраны материнства и детства.....	15-22
Глава 4. Программа «Эффективный перинатальный уход».....	22-25
Глава 5. Внедрение критериев живо- мертворождения, по рекомендации Всемирной организацией здравоохранения в Республике Узбекистан.....	25-28
Глава 6. Внедрение стратегии ВОЗ по профилактике передачи ВИЧ- инфекции от матери ребенку	28-32
Глава 7. Проекты по охране здоровья детей.....	32-48
Глава 8. Проект «Безопасная и устойчивая служба иммунизации».....	48-52
Глава 9. Индикаторы программ в сфере охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР).....	52-55
Глава 10. «Репродуктивное здоровье».....	56-68

**Деятельность выездных бригад по выполнению
Государственной программы
по повышению медицинской культуры в семье, укреплению здоровья
женщин, созданию условий для рождения и воспитания здорового
поколения на 2009-2013 гг.**

Цель

- 1) повышение медицинской культуры населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, создания здоровой семьи, охраны здоровья матерей и детей, здорового образа жизни
- 2) организация и проведение качественных медицинских осмотров на местах.
- 3) оказание высоко квалифицированной медицинской помощи детям, девочкам подросткам, женщинам фертильного возраста.

Состав:

Состав специалистов выездных бригад состоит из акушер-гинеколога, педиатра, ВОП или терапевта, с привлечением узких специалистов (в том числе детских): гематолога, эндокринолога, нефролога, кардиолога и др.

Задачи:

1. Проведение разъяснительной работы среди населения

Проведение тематических бесед, круглых столов, конференций, вечеров вопросов и ответов среди различных групп населения по актуальным вопросам репродуктивного здоровья, охраны материнства и детства, здоровому образу жизни в махаллях, школах, колледжах, лицеях, ВУЗах.

- Консультирование по методам контрацепции: ВМС, ОК, ИК, ДХК и др.
- О вреде близко, кровнородственных браков как фактора рождения детей инвалидов.
- О соблюдении интервала между родами, о предупреждении беременности у женщин до 19 и старше 35 лет (повышенный риск материнской смертности, осложнение в родах, инвалидизация).
- О профилактике аборт и их осложнений.
- О важности охраны репродуктивного здоровья подростков.
- О профилактике рака шейки матки и молочных желез.
- Об основе безопасной беременности и родов. Консультирование об опасных симптомах беременности, родов и после родового периода, периода новорожденности, по вопросам питания и ухода за беременными и младенцами, роль и ответственность семьи (особо отметить роль свекрови и мужа).
- Информирование родителей о правильном питании и уходе за ребенком в различные возрастные периоды детства.
- Информирование родителей и женщин о негативном влиянии анемии и йододефицитных состояний на здоровье детей, подростков, беременных и женщин.

2. Лечебно-профилактическая работа в ПМСП, СВП:

- Проведение планомерных и систематических профилактических осмотров девочек подростков в РМО с привлечением узких специалистов.
- По этапное оздоровление девочек подростков в зависимости от диагноза и тяжести состояния (амбулаторно, стационарно и в специализированных медицинских центрах)
- Проведение профилактических осмотров женщин фертильного возраста в условиях СВП, РМО, областных центрах и выявление относительных и абсолютных противопоказаний к беременности.
- Консультирование по методам контрацепции женщин фертильного возраста.
- Охват контрацептивными средствами (внутриматочные средства, оральные контрацептивы, инъекционные контрацептивы, добровольная хирургическая контрацепция и др.) женщин фертильного возраста имеющих относительные и абсолютные противопоказания к беременности с учетом медицинских критериев приемлемости ВОЗ.
- Оздоровление женщин фертильного возраста в зависимости от диагноза и тяжести заболевания (амбулаторно, стационарно и в специализированных медицинских центрах).
- Проведение планомерных и систематических профилактических осмотров детей в детских садах, школах для профилактики и выявления заболеваемости, ранней диагностики (с привлечением узких специалистов).
- Оздоровление детей в зависимости от диагноза и тяжести состояния (амбулаторно, стационарно и в специализированных медицинских центрах).

Сроки: работа по повышению медицинской культуры в семье, укреплению здоровья женщин, подростков и детей должна проводиться на систематической основе с 2009 по 2013 годы.

Отчет о деятельности выездной бригады предоставляется постоянно действующей комиссии региона по вертикали власти по утвержденной форме отчетности.

Руководители областных управлений здравоохранения должны организовать и создать условия для систематической работы выездных бригад в каждом районе по выполнению Программы.

Глава 1. Основные направления современного этапа реформ в здравоохранении Узбекистана

Сохранение и повышение уровня здоровья матерей и детей – одно из важнейших государственных задач, решение которых позволит обеспечить воспроизводство здорового поколения. Состояние здоровья женщин и детей, уровень материнской и младенческой заболеваемости имеет большое социально-политическое значение и характеризуют не только медицинскую помощь женщинам и детям, но и состояние системы здравоохранения и общества в целом.

Началом реформ системы здравоохранения Республики Узбекистан явилось принятие Указа Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

- принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения, развитию его инфраструктуры. Основная цель реформ была направлена на создание равных условий получения первичной медицинской помощи, как в городской, так и сельской местности;
- новый концептуальный и практический подход в вопросах материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения. Целью этого направления реформ был не только краткосрочный эффект, проявляющийся в снижении показателей материнской и детской смертности, но в значительной мере долгосрочный эффект, который положительно скажется на будущих поколениях, и их продолжительности жизни. Это – наиболее верный подход с позиций человеческого развития;
- отказ от старых стереотипов и изменение подходов к системе финансирования здравоохранения, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счет развития платного и частного здравоохранения для того, чтобы не только компенсировать недостаточность бюджетного финансирования, но и повысить качество оказываемых медицинских услуг и требовательность пациентов к медицинским учреждениям и работникам;
- оптимизация системы распределения в финансировании отрасли, в первую очередь, за счет лечения и профилактике вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда;
- создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех административно-территориальных уровнях;
- совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения.

В результате проводимых реформ создана собственная национальная модель системы здравоохранения, что способствовало существенному повышению уровня медицинского обслуживания людей и улучшению качества жизни населения.

Так, продолжительность жизни населения в Узбекистане за период с 1990 по 2007 год увеличилась с 67 до 72,5 лет. Уровень общей смертности уменьшился с 6,4 до 5,4 на 1000 населения. Показатели младенческой смертности снизились с 35,4 (на 1000 живорожденных) в 1991 году до 12,0, материнской смертности с 65,3 (на 100 тыс. живорожденных) до 21,5 в 2008 году.

В целях совершенствования нормативно-правовой базы системы здравоохранения внесены изменения и дополнения в 5 действующих законов и введены в действие 7 новых законов Республики Узбекистан.

Внесены изменения и дополнения в действующие Законы Республики Узбекистан: «Об охране здоровья граждан», «О государственном санитарном надзоре», «О профилактике заболевания СПИД», «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности», «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией».

Введены в действие Законы «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «О наркотических средствах и психотропных

веществах», «О психиатрической помощи гражданам», «О защите населения от туберкулеза», «О донорстве крови и ее компонентов», «О профилактике йододефицитных заболеваний», «О гарантиях прав ребёнка».

Коренные изменения произошли в первичном звене здравоохранения, особенно в сельской местности. Вместо ранее существовавшей малоэффективной многоступенчатой системы создана принципиально новая система оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, состоящая из сельских врачебных пунктов (СВП) и территориальных медицинских объединений. До начала реорганизации системы сельского здравоохранения 70% жителям села первая медицинская помощь предоставлялась средними медицинскими работниками. За счёт ввода в строй и оснащения современным медицинским оборудованием 3133 СВП на сегодняшний день всё сельское население (15,8 млн. человек) страны получило доступ к первичной врачебной помощи. По сравнению с 1998 годом увеличилось количество посещений в одном СВП в 2 раза, снизилось количество направлений на консультацию к узким специалистам на 33,5%, госпитализацию в стационар – на 26,8%, что свидетельствует о возросшем доверии и доступности сельского населения к медицинским услугам, предоставляемым СВП.

В настоящее время в республике функционируют 4214 амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых количество посещений за последние 10 лет увеличилось на 32% (с 183958,4 тыс. в 1997 году до 243220,0 тыс. в 2008 году), в том числе количество посещений на одного жителя увеличилось на 28% (с 7,0 до 9,0). Это свидетельствует об усилении профилактической направленности медицины, являющейся менее затратной по сравнению со стационарным лечением.

Положительный опыт реформирования первичного звена здравоохранения на селе позволил перевести на принципы работы врача общей практики городские поликлиники в гг. Самарканд, Гулистан, Маргилан и Ташкент.

Для эффективного использования коечного фонда сокращены маломощные и нерентабельные стационарные учреждения. При этом количество их уменьшилось с 1151 в 1997 году до 796 в 2008 году, соответственно количество коек с 148361 до 128005 коек (на 14%), из которых 70% предназначены для оказания экстренной медицинской помощи и лечения больных, страдающих социально-значимыми заболеваниями.

В целях обеспечения населения гарантированной государством неотложной медицинской помощью организована целостная система экстренной медицинской помощи. Во всех областных центрах организованы его филиалы, а в каждом районе функционируют отделения при центральных районных и городских больницах. В систему экстренной медицины также входят служба скорой помощи и санитарная авиация. Услугами высококвалифицированного персонала, работающего в учреждениях этой системы, ежегодно пользуются более 6 млн. человек.

В настоящее время продолжается дооснащение учреждений областного и районного уровня системы экстренной медицинской помощи современным высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием. С целью дальнейшего улучшения качества оказания экстренной помощи более 1000 врачей и 2700 медсестер повысили свою квалификацию в ведущих клиниках Узбекистана и за рубежом.

В результате последовательной реализации Государственных программ в области укрепления здоровья матери и ребенка, основой которых являются повышение медицинской культуры семьи, укрепление здоровья женщин и подрастающего поколения, укрепление материально-технической базы детских и родовспомогательных учреждений, в республике достигнута демографическая стабильность, показатели младенческой и материнской смертности за последние 10 лет снизились в 2-2,5 раза.

В республике создана целостная система профилактики и раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний детей, включающей в себя добровольное освидетельствование лиц, вступающих в брак, пренатальный и неонатальный скрининг с

последующим лечением и коррекцией врожденной патологии. В результате проводимых мероприятий, интенсивный показатель рождения детей с врожденными аномалиями уменьшился на 14 процентов.

За годы реформ обеспечено санитарно-эпидемиологическое благополучие во всех регионах страны. Реализация Программы иммунизации, направленной на борьбу с детскими инфекционными болезнями, привела к достижению успехов в предупреждении инфекционных заболеваний среди детей.

Принципиально пересмотрена схема подготовки медицинских кадров и осуществлен переход на двухуровневую систему высшего медицинского образования: бакалавриат и магистратуру. Это дало возможность более качественно готовить их к выполнению лечебно-диагностической, профилактической и организационной работы.

Важнейшим шагом в улучшении подготовки кадров явилась организация Ташкентской Медицинской Академии.

Учитывая тенденции регионального дефицита кадров, начиная с 2006 года, введена система распределения и обязательной отработки выпускниками ВУЗов, обучавшихся по государственным грантам в бакалавриате и магистратуре, а также осуществляется подготовка узких специалистов через клиническую ординатуру по принципу областного квотирования с последующей отработкой на местах. Кадровый потенциал и материально-техническая база специализированных и научно-практических центров, научно-исследовательских институтов активно используются в процессе переподготовки и повышения квалификации медицинских работников. Принципиально новым является организация подготовки в ВУЗах медицинских сестер с высшим образованием.

Существенно повышен уровень оснащенности учреждений здравоохранения (первичного звена, системы экстренной медицинской помощи, охраны материнства и детства и др.) современным медицинским оборудованием. На эти цели привлечено заемных и грантовых средств в объеме 244 млн. долл. США.

Коренным образом изменена система материального стимулирования и оплаты труда врачей и медицинского персонала - размеры их заработной платы и механизм поощрения поставлены в непосредственную зависимость от степени сложности и напряженности выполняемой работы, качества оказываемой медицинской помощи. В каждом медицинском учреждении образованы фонды материального стимулирования и развития медицинских организаций. В результате за последние годы размер заработной платы медицинских работников возрос в 3,5 - 4 раза.

В целях дальнейшего углубления реформ в системе здравоохранения, создания организационных, финансово-экономических и правовых условий формирования в республике высокотехнологичных специализированных медицинских центров на уровне мировых требований, широкого внедрения передовых медицинских технологий по Указу Президента Республики Узбекистан от 26.02.2003 года №УП-3214 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» организованы и успешно функционируют 4 Республиканских специализированных медицинских центра хирургии, урологии, микрохирургии глаза и кардиологии, оснащенные самым современным диагностическим и лечебным оборудованием, где высококвалифицированные специалисты проводят сложные, уникальные высокотехнологичные операции.

По мере укрепления финансового обеспечения Республиканские специализированные Центры микрохирургии глаза (с 2005 года) и кардиологии (с 2006 года), Центр урологии (2007 года) переведены в соответствии с утвержденным графиком на самофинансирование и самоокупаемость. Доля самофинансирования в них составила до 84%.

Организация и функционирование Республиканских специализированных медицинских центров хирургии, урологии, микрохирургии глаза и кардиологии позволило:

- обеспечить оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению, в том числе по проведению сложных, уникальных операций на уровне мировых стандартов, организационно-методического руководства региональными специализированными учреждениями по профилям;

-повысить эффективность подготовки и переподготовки высококвалифицированных медицинских кадров для лечебных учреждений республики;

- расширить внедрение в медицинскую практику прогрессивных методов и технологий лечения больных;

- обеспечить развитие менеджмента по привлечению финансовых и материально-технических ресурсов для обеспечения деятельности центров на условиях самофинансирования и самоокупаемости.

Дальнейшее реформирование системы здравоохранения определены Указом Президента Республики Узбекистан от 19.09.2007 года №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения и Постановлением Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007г. №700 «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики».

Указом Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007г. №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» предусмотрены:

- формирование современной организационной структуры здравоохранения, обеспечивающей единое организационно-методическое руководство и контроль за качеством предоставляемых населению медицинских услуг;
- дальнейшее развитие сети и создание новых республиканских научно-практических центров;
- коренное совершенствование системы медицинской диагностики, широкое развитие по территории республики сети диагностических служб, оснащенных современным, отвечающим международным стандартам, оборудованием и укомплектованных высококвалифицированными специалистами;
- повышение эффективности и надёжности системы защиты населения от вирусных и инфекционных заболеваний, предупреждение заболеваний ВИЧ/СПИДом;
- кардинальное повышение качества системы охраны здоровья женщин и детей, патронирование состояния здоровья будущих матерей, дальнейшее развитие и укрепление материально-технической базы скрининг-центров, родовспомогательных и педиатрических учреждений, особенно в сельской местности;
- совершенствование системы подготовки и переподготовки кадров с учётом удовлетворения потребностей медицинских учреждений во врачах общей практики и врачах узких специальностей, обеспечение условий для постоянного повышения квалификации и профессионализма медицинских работников;
- содействие развитию частных медицинских учреждений, предоставляющих населению качественные специализированные медицинские услуги в строгом соответствии с утвержденными стандартами лечебного процесса

Во исполнение Указа и Постановления Президента Республики Узбекистан Министерством здравоохранения решены организационные вопросы структуры центрального аппарата Министерства, территориальных управлений здравоохранения и районных медицинских объединений.

В организационной структуре системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, структуре его центрального аппарата, а также в структурах центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан, управлений здравоохранения областей и г. Ташкента, районного (городского) медицинского объединения четко определена вертикальная взаимосвязь между органами управления здравоохранения и лечебно-профилактическими учреждениями республиканского, областного и районного (городского) уровней.

В структуре центрального аппарата организовано новое управление – лицензирования и контроля качества медицинских услуг, оказываемых негосударственными учреждениями.

В целях оптимизации и унификации структуры учреждений региональных управлений здравоохранения утверждены номенклатура и реестры лечебно-профилактических учреждений.

Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 48 от 18 марта 2008 года «О мерах по совершенствованию организационной структуры и деятельности территориальных учреждений здравоохранения» во всех областях (кроме Навоийской) организованы областные многопрофильные медицинские центры, в том числе детские, а также 30 городских и 169 районных медицинских объединений.

Областные центры медицинской диагностики организованы на базе ранее существующих центров в Андижанской, Бухарской, Джизакской, Кашкадарьинской, Наманганской, Сырдарьинской областях.

Разработаны и утверждены стандарты оснащения учреждений вновь создаваемых Республиканских специализированных научно-практических центров, областных многопрофильных медицинских центров, в том числе детских, областных центров медицинской диагностики, районных (городских) медицинских объединений, учреждений службы санитарно-эпидемиологического надзора.

Разработана Программа по поэтапному строительству, капитальному ремонту, реконструкции и оснащению (дооснащению) учреждений здравоохранения (в т.ч. вновь создаваемых специализированных научно-практических центров, областных многопрофильных центров, центров диагностики, а также районных (городских) медицинских объединений) на 2008-2012 годы, которая предусматривает новое строительство на 103,8 млрд. сум, реконструкцию на 562,4 млрд. сум, капитальный ремонт – на 138,7 млрд. сум или всего на 804,8 млрд. сум.

Программой предусмотрено также поэтапное оснащение медицинским оборудованием учреждений здравоохранения на 395,0 млн. долл. США. Указ Президента предполагает оснащение высокотехнологическим оборудованием учреждений здравоохранения. Это диктует необходимость обучения этим технологиям соответствующих кадров, которые в большинстве учреждений отсутствуют.

Наряду с выше указанными направлениями в Указе обозначены такие важные задачи, как совершенствование службы переливания крови, проведение в 2008-2010 годах капитального ремонта института гематологии и переливания крови, станций переливания крови, Центров СПИД, недопущение распространения туберкулеза среди населения республики, дальнейшее снижение заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики.

Реформы в Узбекистане осуществляются как в рамках Государственной программы реформирования системы здравоохранения, так и ежегодно реализуемых целевых социальных программ такие как, Государственные программы развития инфраструктуры села, «Год здорового поколения», «Год матери и ребёнка», «Год здоровья», «Год благотворительности и медицинских работников», «Год молодёжи», «Год развития и благоустройства села».

Глава 2. Демография. Медико-социальные аспекты

Демография (от греческого – demos- народ и grapho-пишу), наука о закономерности и социально-экономической обусловленности рождаемости, смертности, брачности, возрастно-половой структуры и изменения общей численности населения. На основании изучения особенностей рождаемости и смертностей разных поколений, в социальных группах и территориях демография оценивает их наиболее вероятное изменение в будущем.

В системе единой политики государства важное значение приобретает проведение эффективной демографической политики, комплекс широких социальных и экономических

мер, направленных на достижение оптимальной численности населения, его наиболее благоприятной социальной, профессиональной, возрастной структуры при обеспечении высокого уровня здоровья и трудовой активности людей. Демографическая политика предусматривает меры, направленные на регулирование воспроизводства населения, достижение его оптимальных количественных и качественных характеристик, что в свою очередь означает воспроизводство здорового поколения.

Оптимизация демографических процессов – это не только достижение определенных параметров и положительной динамики численности и структуры населения, их соответствия экономическому росту, но также программа более полного удовлетворения все возрастающих потребностей людей, обеспечения более высокого уровня физического и духовного здоровья.

Для органов здравоохранения демографические данные имеют значение для управления, планирования сети и кадров, а также деятельности лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, разработки перспективных лечебно-оздоровительных мероприятий.

Одним из основных показателей демографии является рождаемость – процесс пополнения численности населения в результате деторождения. Показатели рождаемости являются не только демографическими, но и медико-социальными критериями воспроизводства и жизнедеятельности населения. Для органов здравоохранения сведения о рождаемости необходимы для планирования и организации родовспомогательных и детских учреждений, а также для изучения и прогнозирования здоровья населения.

На уровень рождаемости оказывает влияние комплекс социально-экономических факторов, таких как социально-экономическое положение страны, положение женщин в обществе, уровень медицинской помощи матерям и детям, национальные и религиозные традиции и др.

Важное значение для демографии имеют общие и специальные показатели смертности населения. Смертность, как явление, характеризует процесс убыли населения вследствие смерти и является критерием оценки здоровья населения. В практике здравоохранения данные об умерших необходимы для расчета численности и состава населения, осуществления мер, направленных на снижение заболеваемости, сокращение смертности и увеличение продолжительности жизни населения, а также для анализа эффективности медицинской помощи и оздоровительных мероприятий.

Важное значение в борьбе за снижение смертности и улучшения здоровья населения имеют показатели смертности от определенных заболеваний и структура причин смертности.

Общая характеристика роста населения в наибольшей степени обусловлена естественным приростом, который выражается абсолютным числом как разность между числом родившихся и умерших за год.

Сам естественный прирост населения не всегда отражает демографическую обстановку в обществе, так как одни и те же размеры прироста могут быть получены при различных показателях рождаемости и смертности. Поэтому естественный прирост населения необходимо оценивать только в соответствии с показателями рождаемости и смертности.

Несмотря на относительно высокий показатель рождаемости низкий прирост при высокой смертности также указывает на неблагоприятную демографическую обстановку.

Одним из важных показателей уровня и качества жизни является **продолжительность жизни**. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) для жителей Узбекистана самая высокая в Центрально-Азиатском регионе (на 3 - 6 лет выше, чем в других Центрально-Азиатских республиках), что свидетельствует о хорошем состоянии здоровья населения.

Между тем, необходимо понять, какие именно показатели здоровья отличаются в лучшую сторону, и что лежит в основе благоприятной ситуации в Узбекистане по сравнению с другими странами. По официальным данным за 2007г., основанным на официальной

статистике, ожидаемая продолжительность жизни в Узбекистане составляет в среднем 72,5 лет (74,6 лет для женщин и 70,0 – для мужчин)

Помимо сведений об общей продолжительности жизни, становится все более важным иметь представление о количестве лет, прожитых в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – **ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)**, рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности. Для жителей Узбекистана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 12,6 лет для женщин и 10,8 лет для мужчин. ОПЗЖ непосредственно связано с **бременем болезни**, которое рассматривается как совокупность различий между реальным состоянием здоровья определенного населения и идеальной ситуацией, при которой все люди живут максимально долго, не страдая от болезней и инвалидности. В основе этих различий – преждевременная смертность, инвалидность и другие стойкие расстройства здоровья, а также воздействие ряда факторов риска, способствующих возникновению болезней. Суммарным индикатором, сочетающим оценку влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья населения, является показатель DALY - *утраченные годы здоровой жизни*.

По данным ВОЗ (WHO, 2005), в Узбекистане самая значительная доля бремени болезней среди мужчин и женщин приходится на сердечно-сосудистые заболевания (18,7% и 21,9% соотв.) и нервно-психические расстройства (16,6% и 18,3% соотв.). Поскольку смертность от нервно-психических расстройств невысока, основная часть обусловленного ими бремени болезней связана с низким уровнем качества повседневной жизнедеятельности больных.

Основные факторы риска в отношении бремени болезней в Узбекистане, при измерении в DALY, связаны среди мужчин с употреблением алкоголя и высоким индексом массы тела, среди женщин – с высоким индексом массы тела и повышением артериального давления.

Таким образом, по мере того, как продолжительность жизни растет, позитивные изменения образа жизни пожилых могут способствовать увеличению числа лет, прожитых в здоровье.

Демография и охрана репродуктивного здоровья

В глобальном масштабе отмечается быстрый рост населения, особенно на протяжении последних двух веков. Свой первый миллиард численности оно достигло в 1804 г., на второй миллиард потребовалось 123 года, на третий – 33 года, на четвертый – 14 лет, на пятый – 13 лет, на шестой – всего 12 лет. 12 октября 1999 г. население мира составило 6 млрд. человек, а к началу 2005 г. – 6,4 млрд. человек, т.е. при сохранении современных тенденций седьмой миллиард будет достигнут в 2013-2014 гг. При этом 95% прироста населения приходится на развивающиеся стран.

Многочисленными исследованиями доказано, что высокая рождаемость служит одной из основных причин материнской и младенческой смертности.

Одной из особенностей демографической ситуации в Узбекистане является высокий, но резко снижающийся до 2003 года уровень рождаемости, показатель **рождаемости снизился с 35,4 на 1000 населения в 1991 году до 19,8 в 2003 году. Интенсивное снижение рождаемости характерно для всех возрастных групп, до 20 лет с 24 в 1999 году до 9 в 2005 году, 20-24 года с 214,6 до 173,3, 25-29 лет с 172,4 до 163,1, 30-34 года с 92,9 до 85,9, т.е. отмечается резкое снижение рождаемости среди юных первородящих.**

С 2004 года показатель рождаемости стал расти и на начало 2008 года составил 22,7‰. В Сурхандарьинской (26,2‰), Самаркандской (26,1‰), Кашкадарьинской (25,4‰), Андижанской (25,2‰), Наманганской (24,9‰), Сырдарьинской (24,5‰), Джизакской

(24,4‰), областях и Республике Каракалпакстан (24,4‰) показатель рождаемости остается выше среднереспубликанского показателя.

Данное обстоятельство связано с тем что, по данным Государственного Комитета статистики, в республике количество женщин фертильного возраста продолжает увеличиваться и в 2007 г. достигло 7,1млн. В 1991 году число ЖФВ составлял 4,8 млн., т.е. прирост составил 47,9%. Динамика изменения количества женщин и прогрессивный рост данного контингента населения обусловлены высоким уровнем рождаемости в конце 80-х и начале 90-х годов. В результате в 2008 г. количество зарегистрированных браков составило 247,0 тыс., что на 58,5% больше, чем в 2004 г. (155,8 тыс.).

Учитывая, что средний возраст вступления в брак девушек в Узбекистане в 2008г. составлял 22,4 года, а мужчин 25,2 года (дети, родившиеся в 1983-1986 гг.), ожидается дальнейший рост показателя рождаемости в последующие годы, так как пик рождаемости приходится на 1991г., когда было зарегистрировано 723420 родов.

Коэффициент естественного прироста населения Узбекистана снизился с 28,3‰ – в 1991 году до 17,5‰ – в 2008 году, т.е. за последние четырнадцать лет он уменьшился на 11,3‰ или почти в 1,6 раза. За это же время (1991-2008гг.) коэффициент рождаемости снизился с 34,5‰ до 22,7‰, т.е. сократился более чем в 1,5 раза. Особенно следует отметить снижение уровня показателей смертности.

Результатами медико-демографических исследований, проведенных в различных странах, установлено, что такие показатели репродуктивного поведения, как возраст матери при рождении ребенка, интервалы между родами, использование контрацепции, длительность грудного вскармливания оказывают влияние на показатели материнской, младенческой и перинатальной смертности, а также на состояние здоровья матери и ребенка.

Так, материнская смертность у женщин, рожаящих в возрасте старше 40 лет, в 5 раз выше, чем у рожаящих в возрасте 20-29 лет. Ежегодно в глобальном масштабе более 500 тысяч женщин умирают от осложнений связанных с беременностью, родами. 99% этих смертей приходится на развивающиеся страны. При этом подавляющее большинство беременностей, послуживших причиной смерти женщин, является нежелательными.

В рамках реализации целевых программ по охране материнства и детства в Республике Узбекистан уделяется внимание **охране репродуктивного здоровья** женщин фертильного возраста. В республике организованы Республиканский Центр репродуктивного здоровья и 18 его филиалов во всех регионах республики.

С 1993 года UNFPA осуществляется поставка всех видов контрацептивных средств. В 2003-2005 гг. в рамках Финансового сотрудничества между Республикой Узбекистан и Республикой Германии реализованы 2 программы «Содействие репродуктивному здоровью I и II». За период реализации Программ было поставлено контрацептивных средства на общую сумму – 5,2 млн. ЕВРО.

С 2003 года Советом Министров РК и хокимиятами областей и г.Ташкента из бюджетных средств на закупку контрацептивов выделено более 650 млн. сум. Ежегодный охват контрацептивными средствами женщин фертильного возраста увеличился с 43% в 2002 г. до 57,1 % в 2007 г.

Особое внимание уделяется **повышению медицинской культуры населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, охраны здоровья матери и ребенка и по формированию здорового образа жизни**. Были разработаны и изданы серии брошюр «Здоровая мать –здоровый ребенок», буклетов, сборников вопросов и ответов, плакатов и других наглядно-информационных материалов для всех слоев населения. Министерством здравоохранения совместно с Министерством высшего образования, Министерством обороны, Комитетом Женщин, Фондом «Махалля», систематически проводятся лекции, беседы, круглые столы для студентов, военнослужащих, населением. Разработана и введена 16-часовая учебная программа специального факультативного курса по теме «Основы

здорового образа жизни и семьи» для учащихся общеобразовательных школ, колледжей и лицеев, а также студентов ВУЗов.

Ежегодно проводятся циклы семинаров для представителей средств массовой информации по вопросам репродуктивного здоровья и формированию здорового образа жизни. Совместно с Комитетом Женщин были организованы обучение имам –хатибов основам репродуктивного здоровья и формирования здоровой семьи на курсах повышения квалификации имам –хатибов.

Министерством здравоохранения совместно с Министерством народного образования, Международным благотворительным Фондом «Соглом авлод учун» и компанией «Procter and Gamble» организованы совместные образовательные программы для учащихся школ «Балогат даври», «Жозибадор табассум» и «Сог тан-соглом бола».

В результате реализации комплексных программ по оздоровлению женщин фертильного возраста, повышения осведомленности населения по вопросам формирования здоровой семьи, расширения доступа к современным видам контрацептивных средств по данным МИКИ (2006г) 65% женщин, состоящих в браке, пользуются средствами контрацепции. Уменьшилось число нежелательных беременностей, показателем которого является динамика абортов. Данный показатель составил в 2002 году г. 8,4 на 1000 женщин фертильного возраста, а в 2007 г.- 6,8.

Демография и здоровье населения

Здоровье населения - медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Для оценки общественного здоровья в основном используются следующие данные:

1. Медико-демографические показатели, характеризующие динамику демографических процессов:

а) показатели естественного движения населения: рождаемость, плодовитость; смертность общая и возрастная; естественный прирост населения; брачность и др.;

б) показатели механического движения населения:

миграция, иммиграция и интеграция;

2. Сведения о заболеваемости и распространенности болезней.

3. Уровень инвалидности и инвалидизации.

4. Показатели физического развития населения.

Необходимо отметить, что на основании изучения особенностей рождаемости и смертности разных поколений и социальных групп на различных территориях демография оценивает их наиболее вероятное изменение в будущем.

По своему удельному весу население распределяется на три типа – прогрессивный, стационарный и регрессивный. К прогрессивному относят население тех регионов, в которых доля детей 0-14 лет превышает долю лиц старше 50 лет. При регрессивном типе – наоборот. Стационарный тип характеризуется равенством доли детей и лиц в возрасте 50 лет и старше. Однако возраст 50 лет для большинства стран является трудоспособным, поэтому многие ученые предлагают определять уровень демографической «старости» населения по удельному весу в возрасте 60 лет и старше. Считается, что если среди населения более 12% лиц в возрасте 60 лет и старше, то это демографически старый тип населения.

В настоящее время в структуре населения республики преобладает трудоспособная возрастная группа (женщины в возрасте 15-54 лет и мужчины в возрасте 16-59 лет), а также дети и подростки до 16 лет – 37%. Средний возраст населения составляет 25,5 лет, в том числе сельского – 24,1 лет, городского – 27,9 лет, что позволяет в соответствии с международной демографической классификацией, отнести Узбекистан к странам с молодым населением.

Снижение показателя рождаемости наблюдалось во всех возрастных группах у женщин фертильного возраста, особенно до 19 летнего и старше 30 летнего возраста. В результате значительно изменились возрастные показатели рождаемости на 1000 женщин соответствующего возраста

Несмотря на снижение, сложившийся суммарный коэффициент рождаемости обеспечивает прогрессивный тип населения республики.

Важное значение для демографии имеют общие и специальные показатели смертности населения. **Смертность**, как явление, характеризует процесс убыли населения вследствие смерти и является критерием оценки здоровья населения. В практике здравоохранения данные об умерших необходимы для расчета численности и состава населения, осуществления мер, направленных на снижение заболеваемости, сокращение смертности и увеличение продолжительности жизни населения, а также для анализа эффективности медицинской помощи и оздоровительных мероприятий.

Важное значение в борьбе за снижение смертности и улучшения здоровья населения имеют показатели смертности от определенных заболеваний и структура причин смертности. Тяжесть социально-экономических изменений, прежде всего, отразилась на трудоспособном населении страны. При низком показателе общей смертности населения (5,2 на 1000 населения), в 2007г. в возрастной группе 55-59 лет этот показатель составил 60-64 лет на 1000 населения соответствующего возраста.

По данным ВОЗ, ведущей причиной смерти в Узбекистане в течение последних нескольких лет остаются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), на долю которых в 2006г. приходилось 56,2% всей смертности, что на 10% превышает средние показатели для стран Евр-В+С. Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца и около одной четвертой – цереброваскулярными болезнями.

Возрастание показателей смертности по ряду классов болезней и отдельных причин привело к возникновению феномена «замещения» патологии. Так, за последние годы смертность населения от злокачественных новообразований несколько снизилась, на второе место по причине смерти вышли болезни органов дыхания. Составляя около 7% среди всех причин смертности в Узбекистане, этот показатель превышает аналогичный средний показатель для стран Евр-В+С.

Не имеет тенденцию к снижению смертность населения от травм, отравлений и несчастных случаев, которые занимают третье место по причине смертности. На пятом и шестом местах находятся болезни органов пищеварения, инфекционные и паразитарные болезни.

В демографическом процессе важное место занимает смертность детей до 14 летнего возраста. На младенческую смертность существенно влияет рождаемость, плодовитость и другие демографические показатели. Она является чувствительным индикатором не только состояния здоровья, но и социально-экономической, психологической и морально-нравственной обстановки. Не случайно в числе медико-социальных показателей здоровья ВОЗ называют, прежде всего, младенческую смертность. Приоритетность социальной политики в Узбекистане, возведение охраны здоровья матери и ребенка в ранг государственной политики способствовало значительному снижению материнской и детской заболеваемости и смертности (таблица 6). В частности, младенческая смертность снизилась на 41,6%, смертность детей до 5 лет – на 49,7%, а смертность детей до 14 лет – на 43,2%.

Среди причин смертности детского населения преобладают болезни органов дыхания, состояния, возникающие в перинатальном периоде, инфекционные и паразитарные болезни, врожденные пороки развития и др.

Необходимо усиление мер, направленных на профилактику, раннее выявление и качественное лечение детей с болезнями органов дыхания, состояниями, возникающими в перинатальном периоде, инфекционными и паразитарными болезнями, несчастными случаями, травмами и отравлениями, врожденными аномалиями, что позволит добиться дальнейшего снижения детской смертности.

Таким образом, в связи с социально-экономическими и общественно-политическими изменениями демографические показатели в Узбекистане перешли на новый уровень. Все отчетливей становится необходимость усиления охраны здоровья трудоспособного населения и детей. Охрана репродуктивного здоровья женщин и воспроизводство здорового поколения позволяют достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Республика Узбекистан, в числе 189 стран мира, подписавших данный документ, установила следующие национальные цели, которые должны быть достигнуты к 2015 году:

- сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет;
- сократить на одну треть материнскую смертность.

Улучшение состояния здоровья детей и подростков, повышение качества предоставляемых медицинских услуг будут способствовать выполнению Узбекистаном обязательств по Целям Развития Тысячелетия, что непосредственно или косвенно окажет влияние на демографические процессы в республике.

Глава 3. Организационные и правовые аспекты охраны материнства и детства

Определяющее значение в определении пределов охраны материнства и детства имеют международно-правовые акты. Общеизвестные принципы и нормы международного права и международные договоры Республики Узбекистан являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Республики Узбекистан установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Международно-правовая защита материнства и детства находит свое отражение в основополагающих актах и декларациях, пактах и хартий о правах человека с начала XX века. Всеобщая декларация прав человека, принятая на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 10 декабря 1948 г., закрепила (п.2 ст.25), что **«материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь»**. Охрана материнства и детства, как один из ключевых приоритетов выделяется в Хартии социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утв. Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств 29 октября 1994 г.).

Нормы о защите материнства и детства содержатся в более чем тридцати международных актах (конвенциях, рекомендациях международных организаций, двухсторонних межгосударственных договорах).

С начала XX века было разработано и принято ряд специальных международно-правовых актов, направленных на охрану рассматриваемого института, в частности необходимо выделить следующие акты:

- Конвенция Международной Организации Труда №103 об охране материнства (пересмотренная в 1952 году) (Женева, 28 июня 1952 г.);
- Конвенция Международной Организации Труда № 156 о равном обращении и равных возможностях для трудящихся мужчин и женщин: трудящиеся с семейными обязанностями (Женева, 3 июня 1981 г.);
- Рекомендация Международной Организации Труда от 15 июня 2000г. №191 о пересмотре рекомендации 1952 года об охране материнства;
- Рекомендация Международной Организации Труда от 28 июня 1952 г. №95 об охране материнства.

Защите интересов детства посвящены, в том числе, **Конвенция о правах ребенка** и следующие специальные **Конвенции МОТ**, которые ратифицированы Республикой Узбекистан :

- №138 «О минимальном возрасте для приема на работу»,
- №182 «О запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда».

Конвенция о правах ребенка является одной из самых первых международных Конвенций, ратифицированных Узбекистаном после приобретения независимости, что явилось свидетельством обязательства Правительства страны гарантировать соблюдение прав детей.

Законодательные акты, регламентирующие правовой статус гражданина, проживающего в Узбекистане, предоставляет ребенку все права, предусмотренные Конвенцией, без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических и иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья и рождения ребенка, его родителей, законных опекунов или каких-либо иных обстоятельств.

Правовой статус детей и женщин в Узбекистане регулируется законами «Об образовании» от 29 августа 1992 года, «О молодежи» с изменениями и дополнениями, внесенными 6 мая 1995 года, «Об охране здоровья граждан» от 29 августа 1996 года, Уголовным Кодексом Республики Узбекистан от 21 декабря 1995 года, Гражданским Кодексом от 29 августа 1996 года, Семейным Кодексом Республики Узбекистан от 30 апреля 1998 года, и др.

В соответствии с Трудовым кодексом Республики Узбекистан, введенным в действие в апреле 1996 г., установлен возраст, с которого допускается прием подростка на работу – шестнадцать лет. Учитывая физические, психологические, социальные особенности, работникам в возрасте от 16 до 18 лет продолжительность рабочего времени установлена не более 36 часов в неделю, а для лиц в возрасте 15-16 лет и учащихся в возрасте от 14 до 16 лет, работающим в период каникул – не более 24 часов в неделю, с оплатой труда в таком же размере, как для работников соответствующих категорий при полной продолжительности ежедневной работы.

Все лица моложе 18 лет принимаются на работу лишь после прохождения предварительного медицинского осмотра, и в дальнейшем до достижения 18 лет, ежегодно подлежат обязательному медицинскому осмотру. В целях охраны здоровья молодежи государство запрещает использовать их труд на работах с неблагоприятными условиями, на которых запрещается применение труда лиц моложе восемнадцати лет.

Статья 18 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» предусматривает право каждого гражданина по медицинским показаниям на консультации по вопросам семьи, на медико-генетическое обследование и консультации в учреждениях государственной системы здравоохранения. Семьи, имеющие детей, пользуются правом на льготы в медицинском обслуживании, установленные законодательством. При стационарном лечении детей в возрасте до трех лет, а также тяжелобольных детей старшего возраста, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, одному из родителей или иному члену семьи, непосредственно осуществляющему уход за ребенком, предоставляется возможность находиться вместе с ним в лечебном учреждении и выдается листок нетрудоспособности.

Законом Республики Узбекистан «О гарантиях прав ребенка» определено что ребенок (дети) – это лицо (лица) до достижения возраста восемнадцати лет (совершеннолетия).

Согласно Статьи 8 Закона «О гарантиях прав ребенка» определены гарантии права ребенка на жизнь- Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого ребенка. Посягательство на жизнь ребенка является тягчайшим преступлением.

Государство создает условия для обеспечения рождения и развития здорового ребенка.

Статьей 22 Закона «О гарантиях прав ребенка» установлены следующие гарантии права ребенка на охрану здоровья:

Каждый ребенок имеет право на охрану здоровья.

Государство создает условия матери по охране ее здоровья для обеспечения рождения здорового ребенка. Государство гарантирует детям бесплатный объем медицинской помощи в соответствии с законодательством.

Право ребенка на охрану здоровья обеспечивается государством путем:

организации квалифицированного медицинского обслуживания; контроля за состоянием здоровья ребенка, его родителей и профилактики детских заболеваний; диспансерного наблюдения и лечения в детских и подростковых лечебно-профилактических учреждениях; контроля за производством и продажей продуктов питания надлежащего качества; создания условий обучения и труда, отвечающих физиологическим особенностям и состоянию здоровья ребенка; бесплатной медицинской консультации за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан при определении профессиональной пригодности; санитарно-гигиенического образования, пропаганды и стимулирования здорового образа жизни; предоставления необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для него форме.

Ребенок в возрасте старше четырнадцати лет имеет право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Запрещаются любые научные опыты или иные эксперименты с ребенком, наносящие вред его жизни, здоровью и нормальному развитию.

Государство принимает необходимые меры по защите ребенка от алкогольной зависимости, курения, употребления наркотических средств, психотропных и других веществ, влияющих на интеллектуально-волевую деятельность, посредством введения специальных ограничений и реализации специальных профилактических программ.

В соответствии со статьей 28 Закона «О гарантиях прав ребенка» обеспечиваются следующие гарантии права детей-инвалидов, детей с недостатками физического и (или) психического развития на медико-социальную помощь:

Дети-инвалиды имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, санаторно-курортную, протезно-ортопедическую, обеспечение средствами передвижения на льготных условиях и другие виды помощи.

Дети-инвалиды имеют право на бесплатную медико-социальную помощь в учреждениях государственной системы здравоохранения, труда и социальной защиты населения, уход на дому.

Порядок оказания медико-социальной помощи детям с недостатками физического и (или) психического развития, перечень льгот для них определяются законодательством.

Дети с недостатками физического и (или) психического развития по заявлению родителей или лиц, заменяющих родителей, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан, благотворительных и иных фондов, а также за счет средств родителей или лиц, заменяющих родителей.

С 1996 г. установлены санитарные нормы предельно допустимых нагрузок для подростков, в соответствии с которыми, масса поднимаемого и перемещаемого груза для подростков 16-18 лет не должна превышать для юношей 13 кг, для девушек – 7 кг. Подростки 16-18 лет женского пола и юноши 14-15 лет допускаются к переноске тяжестей вручную лишь в исключительных случаях.

Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 242 от 05.07.2002 г. «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укреплению здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения» определены задачи государственных органов и общественных организаций по повышению культуры в семье и меры по обеспечению развития здорового поколения.

Согласно Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан №365 от 25 августа 2003 г. «О медицинском освидетельствовании лиц вступающих в брак», медицинское освидетельствование должны пройти на следующие заболевания: наркоманию, психические заболевания, туберкулез, сифилис, и ВИЧ инфекцию.

Постановлением Президента Республики Узбекистан от 18 июня 2008г. «О государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства» предусмотрено дальнейшее развитие системы скрининга матери и ребенка.

Организация лечебно – профилактической помощи женщинам

В целях успешной реализации задач по достижению Целей Развития Тысячелетия, повышения качества медицинской помощи беременным женщинам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи издан приказ № 425 от 25 сентября 2005 года «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан». В этом приказе утверждено положение об организации антенатального ухода беременным женщинам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Основными задачами учреждений первичного звена здравоохранения являются:

1. Проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических мероприятий.
2. Оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории.
3. Внедрение в практику работы современных достижений в диагностике и лечении патологии беременности, заболеваний родильниц и гинекологических больных, новых организационных форм работы, способствующих снижению невынашивания беременности, материнской и перинатальной смертности.
4. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных со стационарами и другими лечебно-профилактическими учреждениями (поликлиникой, детской поликлиникой, кожно-венерологическими, онкологическими диспансерами и др).
5. Оказание помощи населению по охране репродуктивного здоровья
6. Проведение гигиенического воспитания и обучение населения формированию здорового образа жизни.
7. Оказание социально-правовой помощи женщинам.

Основными разделами работы врача общей практики являются:

I. Диспансеризация беременных и родильниц.

- Взятие беременной под наблюдение и определение срока родов. Проведение мероприятий по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода.
- Оформление медицинской документации на беременную. Все данные опроса и обследования женщины, советы и назначения записываются в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. № 111/У), утвержденной приказом Минздрава от 29 мая 2001 г. №283). В целях информирования акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач общей практики

выдает на руки каждой беременной (при сроке беременности 28 и более недель) "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы" (ф. № 113/У).

- Организация дородового патронажа беременных с целью изучения условий жизни семьи и обучения женщины правилам ухода за будущим ребенком.
- Госпитализация беременных, нуждающихся в стационарном лечении.
- Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам
- Организация и проведение занятий в «Школах матерей». Обычно занятия проводятся, начиная с 15-16 недельного срока беременности.
- Изучение условий труда беременных.
- Лечебно-профилактическая помощь родильницам. Первое послеродовое посещение консультации женщина должна сделать не позже, чем через 10-12 дней после выписки акушерского стационара.

II. Гинекологическая помощь.

- Активное выявление гинекологических заболеваний: по текущей обращаемости и при проведении профилактических медицинских осмотров.
- Обследование и лечение гинекологических больных. На каждую женщину, первично обратившуюся в учреждения первичного звена здравоохранения заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. № 025/У).
- Госпитализация женщин с гинекологической патологией.
- Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях.

Диспансеризация гинекологических больных и женщин с неблагоприятным акушерским анамнезом.

На каждую женщину, подлежащую диспансеризации, заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 030/У).

III. Профилактика аборт и охват контрацептивными средствами.

В предупреждении абортов важную роль имеют рекомендации, индивидуальный подбор и обучение женщин использованию контрацептивных средств.

IV. Работа по формированию здорового образа жизни.

V. Учет и отчетность. В каждом медицинском учреждении имеется перечень учетных документов, утвержденных Минздравом Республики Узбекистан, которые заполняются медицинскими работниками и служат основанием для составления статистических отчетов.

Организация лечебно-профилактической помощи детям

Лечебно-профилактическая помощь детскому населению оказывается широкой сетью лечебно-профилактических учреждений для детей. Среди них основными являются СВП, детские и семейные поликлиники. Детская поликлиника может быть самостоятельной или быть структурным подразделением детской больницы, крупной городской поликлиники, Р(Г)МО и др.

Основными направлениями амбулаторно-поликлинической помощи детям в СВП, детских отделениях ЦРП, семейных поликлиниках являются:

1. Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения путем: наблюдения за новорожденными, проведения профилактических осмотров и диспансеризации детей; проведения профилактических прививок в установленные Министерством здравоохранения сроки; организация бесед для родителей, занятий в школе матерей и др.
2. Лечебно-консультативная помощь детям в поликлинике и на дому;

3. Проведение противоэпидемических мероприятий (совместно с учреждениями санитарно-эпидемиологического надзора);
4. Осуществление лечебно-профилактической работы в детских организованных коллективах (детских дошкольных учреждениях и школах).

Ведущей фигурой в организации амбулаторной помощи в СВП детям является врач общей практики. Вся деятельность врача общей практики осуществляется по четырем основным направлениям: профилактическая работа, лечебная работа, противоэпидемическая работа, лечебно-профилактическая работа в детских организованных коллективах.

Главной целью профилактической деятельности врача общей практики является проведение мероприятий, способствующих правильному физическому и нервно-психическому развитию детей, широкое внедрение гигиенических требований в повседневную жизнь семьи. Профилактические мероприятия, направленные на охрану здоровья ребенка, фактически начинаются еще до его рождения. Наблюдение за здоровьем беременных женщин врачами женской консультации и детской поликлиникой осуществляется совместно. Врач общей практики осуществляет патронаж беременной совместно с акушером-гинекологом, проводит с его участием занятия «Школы молодых матерей». Врач общей практики и медицинская сестра (семейная медсестра) должны посещать новорожденного впервые 3 дня после выписки из родильного дома. Если в семье родился первый ребенок, двойня патронажное посещение рекомендуется сделать в первый же день после выписки. В дальнейшем медицинская сестра (патронажная, общего профиля, семейная) посещает ребенка на дому через 1-2 дня в течении первой недели и еженедельно - в течении первого месяца жизни. Врач повторно посещает ребенка на дому на 14 -ый, затем на 21-й день жизни.

Под особым наблюдением врача общей практики находятся дети из группы риска:

- двойни; недоношенные; родившиеся с большой массой тела; родовой травмой; признаками врожденной патологии; родившиеся у матерей с патологией беременности и родов, экстрагенитальными заболеваниями или перенесенными инфекционными заболеваниями во время беременности; выписанные из отделения патологии новорожденных; дети из неблагоприятных социально-бытовых условий.

Врач общей практики наблюдает здорового ребенка на первом году жизни 1 раз в месяц, а второго года жизни 1 раз в квартал, желательно в амбулаторных условиях. На 3-м году жизни ребенка осматривает педиатр 1 раз в полгода.

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники (отделения ЦРП) организуется кабинет профилактической работы (кабинет здорового ребенка). Детей, подлежащих профилактическим осмотрам целесообразно разделить на три подгруппы:

- Дети до 6-7 летнего возраста, не посещающие детские дошкольные учреждения;
- Дети, посещающие детские дошкольные учреждения
- Школьники

Профилактические осмотры детей, посещающих образовательные учреждения, проводятся в виде углубленных обследований в соответствии с возрастными группами: перед поступлением в дошкольное учреждение;

- за год до поступления в школу;
- перед поступлением в школу;
- в конце первого года обучения;
- при переходе к предметному обучению;
- в пубертатном периоде (14-15 лет);
- перед окончанием общеобразовательного учреждения (16-17 лет).

Профилактические осмотры завершаются анализом и комплексной оценкой здоровья детей.

Лечебная работа врача общей практики включает в себя:

- лечение на дому больных детей, не нуждающихся в госпитализации;
- активное выявление болезни на начальных ее стадиях;

- проведение лечения заболеваний с использованием средств восстановительного лечения;
- осуществление преемственности в лечении больных детей с детскими дошкольными учреждениями, стационарами, санаториями и др.

Деятельность у врачей общей практики особое место занимает борьба с инфекционными заболеваниями и обеспечение эпидемиологического благополучия. Основными задачами при этом являются: раннее выявление и госпитализация инфекционных больных, наблюдение за возможными очагами инфекционного заболевания, контактными лицами, реконвалесцентами и бациллоносителями. Сообщение об инфекционных заболеваниях в учреждения сан-эпиднадзора передается немедленно. Вся проводимая работа в этом направлении регистрируется в «Журнале регистрации инфекционных заболеваний» (уч.ф. 060\У).

Детская поликлиника организует также лечебно-профилактическую помощь детям в детских дошкольных учреждениях: детских яслях, садах общего назначения санаторного типа и специального назначения. Подготовка детей к поступлению в эти учреждения осуществляется участковым врачом-педиатром общей практики и медицинской сестрой кабинета здорового ребенка.

Комплексные углубленные медицинские осмотры с участием врачей специалистов проводятся с целью максимального оздоровления выявленных больных ко времени поступления в школу. Вся информация о состоянии здоровья детей и рекомендации по дальнейшему наблюдению за ними в условиях школы фиксируются в «Медицинской карте ребенка» (ф.№026\У). Медицинский работник школы обязан:

- проводить амбулаторный прием школьников и оказывать медицинскую помощь;
- осуществлять профилактический осмотр школьников;
- обеспечивать наблюдение за больными и детьми;
- осуществлять медицинский контроль за физическим развитием и организацией питания учащихся, за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- регулярно проводить меры по профилактике травматизма.

Особое внимание должно быть уделено на школы-интернаты и дома ребенка. В специализированных домах ребенка, где содержатся дети с дефектами физического и психического развития, с тяжелыми нарушениями слуха и речи организуются специализированные виды педиатрической помощи.

Стационарная медицинская помощь оказывается в самостоятельных и объединенных (детской поликлиникой) больницах, детских отделениях многопрофильных больниц. Положение о детских больницах различных уровней утверждено приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 10 апреля 2007 года №155 «Об оказании стационарной помощи детскому населению Республики Узбекистан».

Отделения (палаты) детской больницы формируются по возрасту и по характеру заболеваний. Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц.

В организации лечебно-профилактической местности детям, проживающим в сельской местности важно место занимает СВП, главной задачей которого является проведение своевременной и качественной патронажной работы, обеспечение своевременного и полного комплекса профилактических и лечебных мероприятий среди детей. Врач-педиатр общей практики обеспечивает профилактический осмотр всех детей раннего возраста, особенно первого года жизни, активное выявление больных и ослабленных детей с проведением соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий, медицинское обслуживание детей в организованных коллективах (школах и детских учреждениях), наблюдение за правильным нервно-психическим и физическим развитием детей, проведение необходимых оздоровительных мероприятий. В работе медицинских работников СВП должно быть уделено внимание на проведение широкой санитарно-просветительной работы, пропаганде грудного

вскармливания. Дети группы риска должны наблюдаться по индивидуальному плану и при необходимости осматриваться соответствующими специалистами.

Средний медицинский работник (акушерка, медсестра общей практики, патронажная медсестра) являются первым советчиком родителей в воспитании здорового ребенка.

Приказом Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан от 6 декабря 2004 г. № 535 определены основные положения деятельности средних медицинских работников. Акушерка наряду с мероприятиями с беременными и гинекологическими больными, должна наблюдать за состоянием здоровья и развитием детей первого года жизни, проводит санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам охраны материнства и детства, профилактики нежелательной беременности, грудного вскармливания, полноценного питания во время беременности и кормления ребенка, профилактики врожденных аномалий и наследственных заболеваний у детей.

Медицинская сестра общей практики СВП проводит патронаж здоровых детей в возрасте до 3х лет, в том числе, новорожденных на дому, контроль за грудным вскармливанием и рациональным питанием ребенка, выполняет профилактические иммунопрофилактические, лечебные и диагностические мероприятия, назначенные врачом общей практики. Оказывает первую доврачебную медицинскую помощь больным при травмах, отравлениях, острых состояниях, организует госпитализацию больных и пострадавших по экстренным показаниям.

Глава 4. Программа «Эффективный перинатальный уход»

Международная инициатива «Безопасное материнство» была выдвинута в 1987 году. За истекшие годы данной инициативе оказывалась политическая и финансовая поддержка со стороны правительств и организаций, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный Банк. В свете существующих потребностей здравоохранения в Европейском регионе и успеха его пилотных проектов в области перинатального ухода за последние пять лет (Инициатива «Безопасное материнство», акушерский и неонатальный уход, поддержка и пропаганда грудного вскармливания и инициатива «Больниц доброжелательного отношения к ребенку») ЕРБ ВОЗ начало новую инициативу под общим названием «Эффективный перинатальный уход»

Безопасное материнство означает не только профилактику заболеваемости и смертности, оно предполагает заботу о здоровье матери и ребенка в целом. В это понятие входит физическое, умственное и социальное благополучие женщины до родов, во время и после родов, что должно обеспечить рождение здорового ребенка и здоровое детство.

Стратегия программы «Эффективный перинатальный уход»

уделяет особое внимание целому ряду стратегий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка до, во время и после беременности. Они включают:

- Обеспечение соответствующего уровня охраны материнства.
- Наличие обученного медперсонала для оказания помощи во время родов.
- Обеспечение чистой среды для приема родов.
- Доступность специализированной помощи.
- Наблюдение за возможным появлением осложнений у всех женщин.
- Обеспечение доступности неотложной акушерской помощи.
- Обучение и информирование женщин о беременности и родах, о симптомах возможных осложнений с тем, чтобы они могли участвовать в принятии решений.
- Доступность служб по охране репродуктивного здоровья

- Наличие клинических руководств, стандартов, протоколов, которые необходимо соблюдать для ведения беременности и родов, с целью предупреждения неотложных акушерских состояний (кровотечение, эклампсия и др.).

ВОЗ считает, что качественное наблюдение за матерями должно включать следующее:

- Создание эффективно действующих государственных служб для удовлетворения потребностей женщины и ее партнера и/или семьи.
- Наличие квалифицированной акушерки для оказания первичной помощи в родах, которая должна иметь соответствующий опыт для оценки состояния женщины и направления ее в стационар при появлении симптомов возможных осложнений в период беременности, родов или после родов.
- Наличие инфраструктуры во всех частях страны, обеспечивающая, при необходимости, срочную госпитализацию.
- Соответствующая система поддержки, направленная на удовлетворение социально-экономических и психологических потребностей женщин и их семей.
- Обеспечение базовой программы обучения акушеров, направленной на повышение уровня знаний с основным упором на клинический опыт.
- Проведение непрерывной образовательной программы для всех профессиональных медработников, сочетающей теоретические знания и клинические навыки.
- Истинную заинтересованность в стратегии безопасного материнства всех работников системы здравоохранения. Это предполагает качественные медицинские услуги, разработку новых клинических направлений и критический анализ традиционных подходов.

Основные цели инициативы «Эффективный перинатальный уход»

- Снижение уровня материнской и перинатальной смертности и заболеваемости, одновременно стремясь к улучшению качества ухода и более рациональному использованию ресурсов.
- Пропаганда соблюдения основных прав человека, включая право иметь семью, право на жизнь и на охрану здоровья.
- Осуществление активных действий в организации качественных медицинских услуг и участия семьи и общества в данном процессе.
- Совершенствование действующего законодательства и дальнейшее реформирование системы здравоохранения.

Основополагающие принципы программы «Эффективный перинатальный уход» были разработаны Целевой группой ЕРБ ВОЗ по перинатальной помощи на встрече в Венеции в 1998 году. В последующем эти принципы получили широкую поддержку и распространение по всему региону.

Современный подход к перинатологии подразумевает такой уход, который принимает во внимание информационные, социальные и эмоциональные потребности всех беременных женщин и их семей во время беременности, родов и послеродового периода, а также их потребности в комфорте и поддержке. Эта модель ухода основывается на убеждении, что деторождение – это нормальное и приятное событие в жизни. Иногда эту модель также называют «роды, ориентированные на участие семьи».

Важно поддерживать преемственность антенатального ухода – чтобы антенатальный уход предоставлялся одним и тем же медработником на протяжении всей беременности. Непрерывная связь между женщиной и акушеркой или врачом может способствовать развитию взаимного доверия и уважения. Этот тип ухода имеет такие особенности, как умение выслушать женщину и понимание ее проблем, предоставление ей

достоверной информации и поддержка ее выбора, исходя из ее индивидуальных потребностей.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения № 500 от 13.11.2003 г. «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций» в практику здравоохранения внедряются современные принципы перинатальной помощи, рекомендованные ВОЗ. Коренным образом реорганизована структура родильных учреждений, ликвидированы отделения дородовой подготовки, послеродовой реабилитации, новорожденных, а также наблюдательные отделения. В родильных учреждениях по республике организованы и функционируют более 2000 индивидуальных родильных залов, упразднены предродовые палаты. Послеродовые палаты преобразованы в палаты совместного пребывания матери и ребенка.

В практику здравоохранения внедряются :партнерские роды, демедицинализация нормальной беременности и родов, использование партограммы в родах, современные принципы реанимации новорожденных, уход за здоровым и больным ребенком, совместное пребывание матери и ребенка, принципы успешного грудного вскармливания

Вышеуказанные технологии направлены на снижение частоты необоснованных вмешательств в течение родов и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Для содействия внедрению эффективных перинатальных технологий на первичном уровне Министерством здравоохранения принят нормативный документ по повышению качества родовспоможения на первичном звене – приказ № 425 от 05.09.2005г. «О внедрение современных технологий повышения эффективности оказания помощи беременным в амбулаторных условиях в Республике Узбекистан» года. В данном документе приняты стандарты антенатального ухода, составленные на принципах доказательной медицины:

1. Проведение общения и консультирования
2. Раннее выявление и взятие на учет беременных женщин
3. Принципы ведения домашней карты беременной (ДКБ)
4. Ведение и обследование беременных
5. Наружное акушерское обследование беременной
6. Ведение беременных с анемией
7. Техника измерения артериального давления
8. Ведение беременных с гипертензивным синдромом
9. Ведение беременных с тяжелой преэклампсией и эклампсией
10. Ведение беременных с кровотечениями в сроке беременности до 22 недель
11. Обеспечение скрининга и ведение женщин и беременных с TORCH – инфекциями
12. Программа занятий с беременными в «Школе материнства»
13. Уход за матерью и ребенком в послеродовом периоде

Внедрение стандартов антенатального ухода медицинским персоналом должно осуществляться путем активного вовлечения в данный процесс семьи и махали. Женщине необходима поддержка ее семьи и махали в период беременности, родов и после родов.

Заключение

Международная инициатива «Безопасное материнство» преследует главную цель – понимание современной концепции ухода за беременными, роженицами, родильницами и новорожденными. Главной задачей является улучшение знаний о роли и ответственности медицинского персонала, психосоциальных аспектов материнства и детства, изменчивости антенатального ухода, повышение эффективности перинатальной помощи путем совершенствования организационных и управленческих мер, понимание и применение в повседневной практике основных принципов доказательной медицины.

Вклад в материнский и перинатальный уход представляется жизненно важным и экономическим инвестированием, способствующим здоровью женщин и детей, их благополучию и вкладу в общество.

Глава 5. Внедрение критериев живо- мертворождения, по рекомендации Всемирной организацией здравоохранения в Республике Узбекистан

Наиболее важным показателем качества работы системы здравоохранения является показатель младенческой смертности.

В 1994 году Правительство Республики Узбекистан ратифицировало Конвенцию о правах ребенка ООН. Согласно статьям 6 и 7 данной Конвенции «Каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь и с момента рождения на имя и гражданство».

В 2000 году Правительство Республики Узбекистан, как член Организации Объединенных Наций взяло на себя обязательство достичь Целей Развития Тысячелетия. Одна из всеобъемлющих целей в области развития Декларации Тысячелетия и Плана действий «Мир пригодный для жизни детей» состоит в снижении младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет на две трети в период с 1990 по 2015 гг. Мониторинг прогресса в достижении этой цели в республике в настоящее время имеет свои трудности, т.к. неонатальная и младенческая смертность с учетом международных критериев отличается от критериев официальной статистики в странах постсоветского пространства.

Показатель младенческой смертности – это вероятность смерти ребенка до одного года на 1000 живорожденных. Последние показатели младенческой смертности в Узбекистане международными организациями представлены в исследованиях, выполненных на национальном уровне: «Медико-демографическое исследование в Узбекистане 1996 г.» (УЗМДИ) - показатель младенческой смертности составил 49,0 на 1000 живорожденных, Мульти индикаторное кластерное исследование 2000 г. (МИКИ) - 52,0; «Медико-демографическое исследование в Узбекистане 2002 г.» (УЗМДИ)- 62,0; Мульти индикаторное кластерное исследование 2006 г. (МИКИ) - 48,0. В УЗМДИ (1996 г. и 2002 г.) уровни смертности рассчитывались методом прямого вычисления с использованием историй родов, тогда как в МИКИ (2000г и 2006г) использовались методы косвенного вычисления. Во всех этих исследованиях использовались определения живорождения и детской смертности, принятые ВОЗ.

Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует считать живорожденным плод, изгнанный из организма матери, вне зависимости от срока беременности, при наличии хотя бы одного клинического признака из следующих четырех у новорожденного: дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины, произвольного движения мускулатуры (табл.2).

По массе тела при рождении выделяются следующие весовые категории:

- Чрезвычайная малая масса тела при рождении (500-999 грамм);
- Очень малая масса тела (1000-1499 грамм);
- Малая масса тела (1500-2499 грамм);

- Нормальная масса тела (более 2500 грамм).

Тенденция младенческой смертности, основанная на данных исследований, предполагает, что за последние десять лет уровень младенческой смертности изменялся медленными темпами, учитывая широкие доверительные интервалы, обычные при оценке смертности. Существующее различие между зарегистрированными коэффициентами младенческой смертности и данными обследования частично могут быть объяснены тем фактом, что официальные оценки младенческой смертности используют протоколы, разработанные ещё в советское время, согласно которым не считались жизнеспособными новорожденные с весом менее 1000 грамм, рождённые ранее 28 недель беременности, а также те, которые не проявляли других признаков жизни, кроме дыхания.

Кроме различий в определениях жизнеспособности в ходе проведения обследований и в действующей регистрационной системе, существуют различия в методологии сбора данных. Во всех упомянутых обследованиях информация о рождениях и детских смертях была получена от матерей. В отличие от этого, регистрационная система требует, чтобы как органы здравоохранения, так и члены семьи регистрировали рождения и смерти. Различие оценки живо – и мертворождения создает разночтения статистических данных.

В связи с этим для стандартизации показателей и мониторинга прогресса по достижению ЦРТ по снижению младенческой смертности международные организации (ВОЗ, CDC, ЮНИСЕФ, АБР и ЕС) неоднократно рекомендовали переходить на международные критерии живорожденности. В девяностые годы страны Прибалтики (Литва, Латвия и Эстония) перешли на критерии живорожденности всей страной одновременно. С 2000 года страны СНГ кроме Азербайджана и Узбекистана полностью перешли на критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ. Опыты этих стран показывают, что внедрение критериев живо - и мертворождения в странах способствовало полному учету новорожденных и принятию пакетов вмешательств по улучшению качества медицинской помощи матерям и детям, разработке программ, направленных на развитие перинатальной службы, тем самым снижению перинатальной, младенческой и материнской смертности.

Проведенный в 2002 году Министерством здравоохранения совместно с ЮНИСЕФ анализ причин младенческой смертности показал, что в структуре младенческой смертности ведущее место занимает перинатальные причины (50,1%) и среди них первое место занимала асфиксия новорожденных.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №57 от 7 февраля 2003 года в республике начата подготовительная работа по переходу на критерии живорождения. Пилотным регионом определена Ферганская область.

В рамках проекта медицинским учреждениям Ферганской области и г.Ташкента предоставлено со стороны СДС и ЮНИСЕФ 150 комплектов медицинского оборудования (электронных весов, ростометров, мешков Амбу, механических отсосов), а также медицинская документация (журналы, истории болезни, бланки) и 19 комплектов инструментов для патологоанатомического вскрытия умерших новорожденных.

С 2003 по 2008 гг. Министерством здравоохранения при технической поддержке СДС и ЮНИСЕФ обучены 2671 медработников (акушер - гинекологов, неонатологов, статистов, патологоанатомов, судмедэкспертов, организаторов здравоохранения) в 14 регионах республики.

С 1 января 2004 года в родовспомогательных учреждениях Ферганской области параллельно с официальной началась регистрация новорожденных по рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения. За период внедрения в Ферганской области за 3 года были достигнуты определенные успехи.

Младенческая смертность по официальным данным имеет тенденцию к снижению в течение трех лет, с 21,2 до 19,2 промилле, по национальной статистике с 22 недель беременности отмечается увеличение данного показателя с 24,5 до 31,5 промилле. Это сблизило разницу между исследованиями, проведенными на национальном уровне, так по

Ферганской области данные МИКИ 2006 года соответствует 42%. По данным ВОЗ при внедрении критериев живорожденности предполагается повышение показателя младенческой смертности на 20%, что подтвердилось на примере Ферганской области.

В Ферганской области улучшилось здоровье женщин и уход за беременными, что подтверждается снижением рождений мертворожденных. Соотношение между живыми и мертворождениями по данным ВОЗ составляет 2:1, 1,5:1. Важным является, что в Ферганской области было достигнуто изменение данного соотношения, в сторону увеличения количества живорожденных, если в 2002 году составила 1:3, то в 2006 году 2:1, за счет правильной регистрации всех четырех клинических признаков жизни у новорожденных. Уменьшилось число невынашивания с 12 до 7%.

Анализ структуры смертности по нозологии показывает, что сдвинулись причины неонатальной смертности, асфиксия с первого места перешла на 4, как управляемое состояние. Улучшилась диагностика инфекций, таким образом, на первый план выдвинулись врожденные пороки развития и синдром дыхательных расстройств, как трудно управляемые состояния. Успех был достигнут в результате параллельного обучения специалистов по программам реанимации новорожденных, основам ухода за новорожденными, инфекционному контролю, профилактике передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку. И так на сегодняшний день обучение проведено в 14 регионах, внедрение идет по двойной статистике – национальной и государственной.

По республике из числа родившихся живыми в весовой категории 500-999 грамм при рождении выжили 246 новорожденных, которые находились под наблюдением врачей первичного звена здравоохранения, постоянно оценивалось их физическое и психическое развитие. Среди выживших новорожденных отклонения психического здоровья не наблюдалось. Возможно, это объясняется тем, что выжившие новорожденные имели массу тела при рождении более 800 грамм.

По оценочным данным, в республике новорожденные с весом 500-999 грамм рождаются 1,2% от общего количества родов. По данным ВОЗ в наших странах из 1000 родившихся в данной весовой категории живыми, 950 умирают, а из 50 выживших, 25 могут иметь психические отклонения. Это малое количество не повлияет на показатель инвалидности детей.

В республике 2 родильных учреждений (РПЦ и Ферганский областной перинатальный центр) имеют потенциал улучшения. Спасение новорожденных должно быть начато с крупно весовой категории. На сегодняшний день в данных учреждениях добились снижения смертности в крупно весовой категории новорожденных (более 2500 грамм и более), а высоким остается смертность в категории 1500-2400 грамма.

Внедрение международных критериев живорождения по всей стране будет способствовать кардинальному повышению качества охраны матери и ребенка, патронированию здоровья будущих матерей, выполнению обязательства Правительства Республики Узбекистан по достижению Целей развития тысячелетия.

Глава 6. Внедрение стратегии ВОЗ по профилактике передачи ВИЧ- инфекции от матери ребенку

По данным ЮНЭЙДС в 2008 г. количество людей, живущих с ВИЧ составило 33,2 миллиона человек. Из них взрослых – 30,8 миллионов, женщин – 15, 4 миллионов, детей в возрасте до 15 лет – 2, 5 миллионов

В течение 2007 года 2,5 миллиона человек заразились ВИЧ, из них 420 000 - дети до 15 лет; 2,1 миллиона человек умерли от СПИДа, из них 330 000 - дети до 15 лет. Каждый день в мире заражается более 6800 человек.

В Республике Узбекистан, начиная с 2000 года растет удельный вес полового пути передачи, что влечет за собой рост числа инфицированных женщин. Так, если в 2000 г. процент женщин среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составлял 17%, то в 2007 году этот показатель возрос в 2 раза, составив 34%. Это способствует повышению риска рождения инфицированных детей.

Вертикальный путь – передача ВИЧ от инфицированной матери плоду во время беременности (5-10%), родов (около 15%) и ребенку при кормлении грудью (5-15%). Способствовать передаче вируса могут: высокая вирусная нагрузка у матери (ранняя или поздняя стадии ВИЧ инфекции, СПИД, вирусное, бактериальное или паразитарное заболевание плаценты, инфекции передаваемые половым путем и вызывающие высокую проницаемость сосудов). Процент передачи ВИЧ от матери к ребенку составляет по данным различных авторов от 25 до 40 % (без проведения профилактических вмешательств). Однако, при проведении ряда мероприятий, направленных на предотвращение трансмиссии вируса от матери к ребенку, этот риск снижается до уровня ниже 2 %.

Одной из целей Декларации о приверженности, принятой на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, является сокращение доли ВИЧ-инфицированных младенцев к 2015 году — на 75 процентов от уровня 1990 года.. Узбекистан привержен выполнению Целей Развития Тысячелетия. С 2006 года Министерством здравоохранения реализуются программы, основанные на Европейской Базовой стратегии профилактики ВИЧ – инфекции у детей грудного возраста.

Первичная профилактика ВИЧ – инфекции. Предотвращение ВИЧ – инфицирования женщин внесет заметный вклад в профилактику передачи инфекции детям грудного и раннего возраста. Таким образом, программы профилактики ВИЧ – инфекции должны быть направлены на широкий диапазон женщин, находящихся в группах риска, их партнеров, с особым акцентом на молодежь.

Предупреждение нежелательной беременности у ВИЧ – инфицированных женщин. ВИЧ – инфицированным женщинам, должна предоставляться основная лечебно – профилактическая помощь и поддержка, в том числе, со стороны служб, занимающихся вопросами охраны репродуктивного здоровья, с тем, чтобы ВИЧ – инфицированные женщины могли принимать решения относительно своей будущей репродуктивной жизни с учетом полученной информации.

Профилактика передачи инфекции от ВИЧ – инфицированных женщин их детям, включает конкретные мероприятия. Использование антиретровирусных препаратов беременными женщинами, с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, безопасные методы родоразрешения, а также консультирование по вопросам вскармливания грудных детей и дальнейшее ведение детей, обученными специалистами.

Лечебно – профилактическая помощь и оказание поддержки ВИЧ – инфицированным женщинам, их детям и семьям. Укрепление связей между программами профилактики ВИЧ – инфекции у детей грудного и раннего возраста, медицинскими службами и службами поддержки ВИЧ – инфицированных женщин и их детей и семей, гарантировано приведет к тому, что женщины смогут эффективнее пользоваться услугами, в которых они нуждаются.

Первичная профилактика ВИЧ- инфекции.

Не умаляя важности каждого из 4 элементов Базовой стратегии, следует все же отметить, что первичная профилактика ВИЧ- инфекции среди женщин репродуктивного возраста представляется наиважнейшей в конкретном контексте региона. Нынешний низкий уровень распространенности ВИЧ - инфекции среди беременных женщин создает уникальную возможность для предотвращения роста числа ВИЧ - инфицированных женщин и детей. Если не удерживать количество вновь ВИЧ - инфицированных женщин на низком или

снижающемся уровне, то количество детей, инфицированных ВИЧ перинатально будет возрастать. **Приоритетными действиями в этом направлении являются:**

Пропаганда безопасного полового поведения подразумевает воздержание от половых сношений, сохранение верности партнеру, не инфицированному ВИЧ, и правильное, постоянное использование презервативов.

Работа, направленная на активное подключение службы охраны материнства и детства к планированию на раннем этапе программ профилактики ВИЧ- инфекции у детей грудного возраста.

Интеграция первичной профилактики ВИЧ- инфекции в программы предотвращения передачи ВИЧ- инфекции от матери ребенку, установление связей с другими службами, занимающимися первичной профилактикой ВИЧ- инфекции, и активизация действий, необходимых для охвата наиболее уязвимых категорий женщин, и тех, кто не встал на учет по беременности.

К факторам риска ВИЧ-инфекции у женщин относятся бедность, необразованность, употребление наркотиков, жестокое обращение в семье, насилие со стороны мужчины, имеющего нескольких половых партнеров, незащищенные половые контакты (особенно с несколькими половыми партнерами), отказ партнера использовать презерватив.

Предложение качественного консультирования и тестирования всем беременным женщинам, обращая основное внимание на первичную профилактику – один из ключевых компонентов усиления работы с населением в первичном звене здравоохранения.

Предупреждение нежелательной беременности у ВИЧ- инфицированных женщин.

Каждая женщина должна располагать информацией о своем ВИЧ - статусе. При соответствующей поддержке женщины, знающие о своей ВИЧ – инфекции, могут избежать нежелательных беременностей. Это сократит число детей, которым угрожает передача ВИЧ от матери. Все женщины, независимо от своего ВИЧ - статуса, имеют право делать собственный выбор в вопросах деторождения. Во всем мире из – за распространения ВИЧ – инфекции доступность эффективной контрацепции и услуг по планированию семьи становится важной как никогда. Большинство женщин в странах с ограниченными ресурсами не знают о своем ВИЧ – статусе. Доступность консультирования по вопросам планирования семьи и охват ими женщин, которые знают о своей ВИЧ – инфекции или подозревают ее, а также их партнеров, имеет первостепенное значение в предупреждении нежелательных беременностей. Расширение доступа к консультированию и тестированию на ВИЧ в рамках услуг по планированию семьи позволило бы большему числу женщин получить рекомендации относительно дальнейшей профилактики ВИЧ - инфицирования. Принятие женщиной решения о прерывании беременности, особенно в условиях, когда это юридически законно и безопасно, не должно рассматриваться как форма планирования семьи; ни одна женщина (независимо от ВИЧ - статуса) не должна принуждаться к прерыванию беременности.

Приоритетными действиями в данном направлении стратегии являются:

Разработка политики, руководящих принципов и протоколов касательно предоставления услуг по репродуктивному здоровью женщинам.

Улучшение доступа к услугам по репродуктивному здоровью, повышение качества оказания медицинских услуг особенно ВИЧ - инфицированным женщинам, женщинам потребляющих наркотики и другим маргинальным группам.

Установление связей между службами репродуктивного здоровья и программами снижения вреда, а также лечебными службами по оказанию ухода/поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам.

Установление тесных связей между программными направлениями, например, службами по лечению наркотической зависимости, службами по снижению вреда и системами оказания специализированной помощи, социальными службами.

Профилактика передачи ВИЧ- инфекции от матери ребенку

Совокупность **основных мероприятий** для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) включает:

Консультирование и тестирование на ВИЧ; Применение антиретровирусных препаратов во время беременности и родов; Безопасные методы родоразрешения; Безопасное вскармливание новорожденного и ребенка.

Эти мероприятия позволяют:

Выявлению ВИЧ – инфицированных женщин; Снижению вирусной нагрузки у беременной; Сокращению риска передачи ВИЧ ребенку во время родов; Снижению риска передачи ВИЧ ребенку при вскармливании.

Следует провести консультирование в отношении потенциальной пользы и возможного неблагоприятного действия всех предлагаемых процедур и получить информированное согласие. Если женщина принимает решение о проведении операции, то проводить ее, следует до начала схваток и разрыва плодного пузыря. Инвазивные процедуры, такие как амниотомия, эпизиотомия и мониторинг состояния плода с использованием амниоцентеза могут увеличить риск передачи инфекции ребенку. Для профилактики передачи ВИЧ - инфекции младенцам при грудном вскармливании, рекомендуется ВИЧ- инфицированным матерям полностью избегать грудного вскармливания в тех случаях, когда искусственные молочные смеси приемлемы, возможны, достижимы, безопасны и могут быть обеспечены в течение достаточно длительного времени. В противном случае исключительно грудное вскармливание рекомендуется в течение первых месяцев жизни младенца, а затем должно быть прервано, как только это становится возможным.

Предоставление лечения, помощи и поддержки ВИЧ – инфицированным женщинам, их детям и семьям.

Приоритетными действиями в направлении реализации стратегии являются:

Создание механизмов (рабочих групп) для обновления на регулярной основе национальных рекомендаций на базе новейших доказательных данных ВОЗ.

Важно установить и укрепить связи между программами помощи и лечения и службами поддержки, чтобы обеспечить долговременную помощь ВИЧ – инфицированным женщинам и их семьям.

Лечение, помощь и поддержка для ВИЧ – инфицированных женщин включает:

Назначение антиретровирусной терапии; Профилактика и лечение оппортунистических инфекций; Симптоматическая терапия; Поддержка по вопросам питания; Помощь в охране репродуктивного здоровья, включая помощь в планировании семьи и консультирование; Психосоциальная и общественная поддержка; Паллиативная помощь.

Помощь и поддержка для ВИЧ – инфицированных детей:

Дети грудного и младшего возраста, рожденные ВИЧ – инфицированными женщинами, нуждаются в регулярных – особенно в первые 2 года жизни – профилактических осмотрах, включающих вакцинацию, тестирование на ВИЧ и регулярную оценку питания, физического и психического развития.

Внедрение стратегии ППМР в Республике Узбекистан

Целью Стратегической программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2007-2011 г.г. является стабилизировать эпидемию ВИЧ на концентрированной стадии посредством обеспечения всеобщего доступа к профилактике, диагностике, лечению, уходу и поддержке.

На сегодняшний день реализованы ряд мероприятий по профилактике вертикальной передачи:

Адаптированы Клинические протоколы ВОЗ (2007 года) «Добровольное консультирование и тестирование», «Профилактика передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку» и «Оказание медицинской помощи при ВИЧ/СПИДе у детей». Подготовлены и размножены постеры для врачей службы родовспоможения со схемами направлений в зависимости от статуса и схемы АРВП. Проводятся тренинги по «Интеграции ППМР в эффективные перинатальные технологии» в родильных учреждениях. Начато обучение по «ДКТ» для специалистов первичного звена здравоохранения по всей стране.

В целях создания единой системы организации борьбы со СПИДом, повышения эффективности и качества реализуемых мер по обеспечению необходимой профилактики и надежной защиты населения от ВИЧ инфекции 26 декабря 2008г. было принято Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-1023 «О дополнительных мерах по повышению эффективности противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан». Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 1 от 5 января 2009г. «О мерах по совершенствованию организационной структуры и деятельности центров по борьбе со СПИДом» был утвержден Национальный план действий по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2009-2011гг.

Глава 7. Проекты по охране здоровья детей

7.1. Проект «Грудное вскармливание»

Грудное вскармливание является идеальным питанием для грудных детей, способствует их наиболее полноценному физическому и умственному росту и развитию, оказывает уникальное положительное воздействие не только на здоровье ребенка, но и матери. Пропаганда исключительно грудного вскармливания снижает неонатальную смертность на 58 - 87 процентов (The Lancet, 2005). По оценкам ВОЗ (2005) 1,5 миллиона смертей в год можно предотвратить путем эффективного грудного вскармливания.

Несмотря на высокую степень распространенности грудного вскармливания новорожденных, большинство младенцев не вскармливаются в соответствии с рекомендациями ВОЗ/ЮНИСЕФ. Согласно данным Мультииндикаторного исследования (МИКИ-2006), в Узбекистане около 26 процентов детей в возрасте до шести месяцев получают исключительно грудное вскармливание. Это выше, чем в 2002 году (9%, МИКИ-2002), но значительно ниже рекомендуемого уровня. В возрасте 6-9 месяцев процент детей, получающих наряду с твердой или полутвердой пищей грудное молоко, составляет 45 процентов. Вскармливаются грудным молоком 78 процентов детей, достигших возраста 12–15 месяцев и 38 процентов детей - в возрасте 20–23 месяцев.

Согласно данным ЮНИСЕФ в Узбекистане, педиатры и врачи в поликлиниках и СВП часто рекомендуют другую пищу и искусственные молочные смеси для вскармливания младенцев, а не грудное молоко (ЮНИСЕФ, 2005).

Как показали результаты МИКИ-2006, введение прикорма начиная с 6 месяцев тоже является ненадлежащим. Когда вводится прикорм, кормление грудью по требованию, следует продолжать, чтобы младенцы получали все преимущества грудного молока.

В этой связи Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в 1989 году разработали Совместную декларацию "Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб", в которой впервые были разработаны и определены 10 принципов (шагов) успешного грудного вскармливания. Этот документ представляет свод рекомендаций для медицинских учреждений, обеспечивающих охрану здоровья матери и ребенка, сфокусированных в «10 шагах успешного грудного вскармливания». Реализация этих рекомендаций обеспечивает здоровье матери и ребенку, способствуя становлению адекватной лактации и грудному вскармливанию. Каждое родовспомогательное учреждение должно стремиться на соответствие к статусу «Инициатива больниц дружелюбного отношения к ребенку», при котором соблюдается все 10 принципов успешного грудного вскармливания:

Что делается по внедрению грудного вскармливания?

Министерством здравоохранения Республики Узбекистан в июне 1999 года принята «Национальная политика по охране, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания в Узбекистане» и издан приказ № 295 «Поддержка практики грудного вскармливания в Республике Узбекистан», и 19 марта 2006 г. издан приказ № 81 «О мерах по охране грудного вскармливания и дальнейшему распространению Инициативы Учреждений дружелюбного отношения к ребенку».

За период 1999-2007 гг. 102 родовспомогательных учреждений и 74 учреждений ПМСП сертифицированы как «Учреждения дружелюбного отношения к ребенку».

С целью охраны и защиты грудного вскармливания от ненадлежащих методов сбыта заменителей грудного молока по инициативе ВОЗ и ЮНИСЕФ был разработан и принят "Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока". В августе 2004 г., Министерством здравоохранения издан приказ № 378, которым в соответствии с международным кодексом запрещено свободный сбыт и реклама заменителей грудного молока в родовспомогательных и детских медицинских учреждениях.

Цель: увеличить число детей на исключительно грудном вскармливании до 80 % и выше, а также детей на грудном вскармливании до 2-х летнего возраста.

Внедрение 10 шагов успешного грудного вскармливания

ШАГ 1: Иметь зафиксированную в письменном виде политику по грудному вскармливанию и регулярно доводить ее до сведения всего медицинского персонала

ШАГ 2: Обучать весь медицинский персонал навыкам, необходимым для внедрения этой политики.

ШАГ 3: Информировать всех беременных женщин о преимуществах и ведении грудного вскармливания

ШАГ 4: Помогать матерям начать грудное вскармливание в течение получаса после родов

Дружелюбное отношение к ребенку начинается с родильного зала/палаты путем создания комфортных условий внешней среды, что прежде всего предусматривает оптимальный температурный режим. В родильном зале/палате температура воздуха должна быть +26 - +27 °C.

Родившегося ребенка акушерка принимает на руки в теплую, предварительно согретую пеленку и укладывает на живот матери. Быстрыми, промокательными движениями обсушивает младенца и, отбросив мокрую пеленку, накрывает его сухой теплой пеленкой.

На голову новорожденного одевает шапочку и дополнительно накрывает еще тремя фланелевыми теплыми пеленками и одеялом (в зимнее время).

Когда же ребенка нужно приложить к груди? Нет единого точного временного отрезка начала ГВ, т.к. готовность к нему у разных детей будет отличаться. Один ребенок будет готов к первому прикладыванию через 10-15 минут, другому понадобится больше времени. Ни в коем случае нельзя форсировать первое прикладывание, насильно давая грудь ребенку. Он должен сам проявить интерес и готовность к нему, но если в течение 30 минут после родов ребенок самостоятельно не взял грудь, то персонал должен предложить свою помощь и помочь практически в прикладывании, если ребенок готов к нему. Если же ребенок не возьмет грудь, то нужно повторить данную процедуру через некоторое время. Обычно ребенок готов к первому прикладыванию не позднее 30 минут после рождения.

После первого прикладывания помогите матери удобнее лечь, накройте ее вместе с ребенком одним одеялом и пусть он продолжает кормление грудью, пока сам не отпустит ее. При этом персонал должен следить правильно ли приложен и расположен ребенок у груди и, если необходимо, исправить его. Кожный контакт между матерью и ребенком осуществляется непрерывно в течение 2-х часов.

Профилактика гонобленореи проводится после установления кожного и визуального контакта ребенка с матерью через 2 часа после родов, или при наличии у матери кольпита - через 15-20 минут. Туалет новорожденного в родильном зале/палате проводится перед переводом его вместе с матерью в послеродовое отделение/палату.

При рождении детей путем Кесарево сечения первое прикладывание к груди необходимо начинать не позднее первого получаса после восстановления адекватной реакции матери на ребенка (в течение ближайших 2-4 часов, обычно не позднее 6 часов после родов происходит восстановление адекватной реакции после использованной анестезии) и осуществлять при этом кожный контакт (хотя бы щечка, ладошка ребенка должны касаться груди матери) не менее 30 минут. Недоношенных и больных детей, которые были разделены с матерями сразу после родов из-за тяжести их состояния, необходимо прикладывать к груди как можно раньше по мере улучшения их состояния.

ШАГ 5: Показывать матерям как кормить грудью и как поддерживать лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

ШАГ 6: Не давать новорожденным детям никакой другой пищи или жидкости, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

ШАГ 7: Круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка рядом в одной палате.

Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате снижает риск неонатального инфицирования новорожденного. Это объясняется следующими обстоятельствами: постоянный кожный контакт между матерью и ребенком, установившийся сразу после рождения, способствует росту на коже ребенка и в его желудочно-кишечном тракте колоний микроорганизмов, свойственных матери, как правило не патогенных и против которых мать имеет антитела в грудном молоке. Ребенок при этом подвергается воздействию этих микроорганизмов и одновременно пассивной защите от них. Дети, содержащиеся отдельно от матерей в детских отделениях, подвергаются более активному воздействию бактерий обслуживающего персонала, то есть микроорганизмов, которые являются более патогенными, часто резистентными ко многим антибиотикам и другим антимикробным средствам. Молоко матери не содержит против этих микроорганизмов специфических антител и этим объясняется легкость, с которой развиваются в такой среде “вспышки” кожных заболеваний, респираторных и желудочно-кишечных инфекций новорожденных.

Совместное пребывание матери и ребенка приводит к активному обучению матери навыкам ухода за новорожденным, ее ответственности за соблюдение правил личной

гигиены и санитарии в палате, усилению привязанности к ребенку, его социализации и быстрой адаптации к окружающей среде и дает возможность кормления ребенка по его требованию.

ШАГ 8: Поощрять грудное вскармливание по требованию.

ШАГ 9: Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски, пустышки и др.)

ШАГ 10: Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

Приемлемые медицинские причины для использования заменителей грудного молока

В небольшом случае медицинских показаний в родовспомогательном учреждении для отдельных грудных младенцев могут потребоваться жидкости или пища дополнительно к грудному молоку или вместо него. Предполагается, что тяжелобольные грудные младенцы, младенцы, нуждающиеся в хирургическом вмешательстве, и грудные младенцы с очень низкой массой тела при рождении (менее 1000 г.) должны помещаться в отделение по оказанию специальной помощи. Вопрос их кормления должен решаться на индивидуальной основе, учитывая их особые потребности в пище и функциональные возможности, хотя грудное молоко рекомендуется во всех возможных случаях. К числу этих получающих особую медицинскую помощь грудных младенцев относятся:

- младенцы с очень малым весом при рождении или родившиеся недоношенными, при весе менее 1000 грамм или при периоде беременности менее 32 недель;
- грудные младенцы с серьезными нарушениями созревания и с потенциально тяжелой гипогликемией либо нуждающиеся в лечении по поводу гипогликемии и состояние которых не улучшается при усилении грудного вскармливания или от кормления грудными молоком.

Для младенцев, которые чувствуют себя достаточно хорошо со своими матерями в родильной палате, заменители грудного молока показаны в очень не многих случаях. Для оценки фактов возможного неправильного использования родовспомогательным учреждениям жидкостей или заменителей грудного молока, грудные младенцы, получающие дополнительные заменители грудного молока, должны диагностироваться как:

- младенцы, матери которых страдают от серьезной материнской болезни (например, психоз, эклампсия или шок, ВИЧ-инфекция);
- младенцы с врожденными нарушениями метаболизма (например, галактоземия, фенилкетонурия, болезнь “кленового сиропа” (валино-лейцинурия));
- младенцы, страдающие острой формой обезвоживания, например, во время фототерапии на желтуху, во всех случаях, когда усилении грудного вскармливания не сопровождается надлежащей гидратацией организма;
- грудные младенцы, матери которых принимают лекарства, являющиеся противопоказанными при грудном вскармливании (например, цитотоксичные лекарственные препараты, радиоактивные лекарственные препараты, а также противозачаточные лекарственные препараты, за исключением пропилтиоурацила).

Когда грудное вскармливание приходится временно откладывать или прерывать, матерям следует помочь наладить или поддерживать лактацию, например, путем мануального сцеживания молока, в ожидании момента, когда можно будет начать или возобновить

грудное вскармливание.

Мониторинг

Индикаторами рекомендуемой практики кормления детей являются:

1. Процент детей 0-23 месяца, начавших питание грудью в течение первого часа после родов.
2. Процент младенцев 0-6 месяцев кормившихся исключительно грудью.
3. Процент младенцев 6-9 месяцев, которые получили грудное молоко и полутвёрдую пищу
4. Процент детей 20-23 месяца, продолжаемых вскармливать грудью.
5. Процент детей 0-23 месяца, у которых был осуществлён контакт «кожа-к-коже» в пределах 30 минут в течение первого часа после родов.
6. Количество детей, при уходе за которыми используют пустышки и кормление из бутылки с соской.
7. Уровень знаний и навыков медицинских работников и матерей в вопросах грудного вскармливания.
8. Количество медицинских учреждений со званием «Учреждение дружелюбного отношения к ребёнку»
 - Уровень младенческой смертности

Заключение

Грудное молоко является идеальной пищей для младенца. Результаты научных исследований последних 30-35 лет по питательным и иммунологическим свойствам материнского молока, подтверждают его незаменимую роль в нормальном росте и развитии детей первых лет жизни, особенно в первые 6 месяцев жизни. Установлено, что 96-99% женщин обладают анатомическими и физиологическими возможностями для кормления грудью своих детей. Несмотря на это большое число детей частично или полностью лишены натурального материнского молока из-за неправильной практики, базирующейся на недостатке информации и/или на традициях. В свою очередь, низкий уровень грудного, особенно исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни, обуславливает и поддерживает высокий уровень младенческой смертности. Поэтому одной из самых важных задач в организации качественной медицинской помощи детям с рождения является поощрение грудного вскармливания, которое должно составлять основу менеджмента охраны здоровья матери и ребенка.

7.2. Проект «Мониторинг роста и развития детей»

Здоровье и нормальное развитие детей, уровень младенческой и детской смертности в решающей степени зависят от качества предоставляемых медицинских услуг.

Приоритетными направлениями по улучшению качества услуг детям первых 5 лет жизни на первичном звене здравоохранения являются:

1. Поощрение грудного вскармливания и рациональное питание детей первых 5 лет жизни.
2. Мониторинг роста и развития детей. Профилактика дефицита жизненно важных микронутриентов (железа, йода и витамина А).
3. внедрение в практику здравоохранения клинического руководства по диагностике и лечению ОРИ у детей первых 5 лет жизни.
4. внедрение в практику здравоохранения клинического руководства по диагностике и лечению диарей у детей первых 5 лет жизни.
5. внедрение в практику здравоохранения клинического руководства по диагностике и лечению глистных инвазий.

С целью обеспечения нормального роста и развития детей, а также достижения Целей Развития Тысячелетия: сокращение неполноценного питания детей в возрасте до 5 лет (2-я задача 1 Цели); снижение детской смертности (4 Цель), издан приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 145 от 30 марта 2007 года «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания медицинской помощи детям на первичном звене здравоохранения».

Мониторинг роста и развития позволяет медицинскому работнику наблюдать за ребенком с момента рождения через определенные интервалы времени и создает возможность для оказания своевременной помощи в решении проблем здоровья ребенка, а также установления диалога с родителями для просвещения их по таким вопросам, как правильное кормление, уход и иммунизация. Кроме того, это является медицинским мероприятием, имеющим огромное положительное влияние на обеспечение здорового детства.

Использование расчетных показателей роста и развития детей (масса тела, длина тела/рост, окружность головы, показатели психомоторного развития) и их мониторинга является необходимым инструментом для прогнозирования возможных последующих проблем здоровья (недостаточности питания, заболеваемости, смертности, риска хронического заболевания, инвалидности) и соответственно для принятия решения по предупреждению и коррекции отклонений в развитии детей.

Для эффективного менеджмента проекта по мониторингу роста и развития детей необходимо знать, что факторы, влияющие на рост и развитие детей, многообразны по своей природе и включают: отсутствие информированности и образования родителей, низкий уровень медицинской помощи матери и ребенку, недостаточную обеспеченность населения продовольственными продуктами и неправильное распределение пищи в семье.

Нарушение питания, показателями которого является задержка роста у детей младшего возраста, могут не только привести к ранней смерти, но и имеют ряд медицинских, экономических и социальных последствий, негативно отражающихся на здоровье и жизни детей и взрослых. Плохая успеваемость в учебе и низкая работоспособность известны как последствия неправильного питания.

Все медицинские работники должны достаточно хорошо понимать то центральное место, которое занимают правильное питание и методы вскармливания в обеспечении здоровья и развития детей, а также неопределимую роль в достижении этого проведения постоянного и динамичного мониторинга с использованием кривых, составленных на основе новых стандартов роста и развития детей (ВОЗ, 2006).

Что делается по внедрению мониторинга роста и развития детей?

В Узбекистане были адаптированы материалы ВОЗ по новым эталонам и стандартам роста и развития детей, которые были опубликованы в апреле 2006 года. За период 2006-2007 годы разработаны и выпущены методические и учебные руководства по мониторингу роста, развития и питания детей первых 5 лет жизни.

Приказ Министерства здравоохранения №145 от 30 марта 2007г. позволил достичь устойчивости внедрения данного проекта. В нем наряду со сроками мониторинга роста и развития детей, вкладышами для карт развития детей на первичном звене здравоохранения и картами с кривыми роста и развития детей для родителей, утверждены анкеты мониторинга и оценки проведения мониторинга роста и развития детей и форма отчета.

Конечной целью мониторинга является обеспечение непрерывности нормального процесса роста и развития ребенка, а также выявление и последующая коррекция отклонений в процессе наблюдения за больными детьми, направленное на охрану здоровья детей, снижение детской заболеваемости и смертности.

Что необходимо делать для достижения данной цели на последующих этапах?

- Внедрение мониторинга роста и развития детей согласно рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ повсеместно во всех регионах Узбекистана.
- Обеспечение кадрового ресурса первичного звена здравоохранения, а также обучение организаторов здравоохранения вопросам организации и проведения непрерывного мониторинга роста и развития детей во всех регионах республики.
- Оснащение учреждений первичного звена здравоохранения набором измерительных приборов (весы, ростомеры для детей всех возрастов, измерительная лента как

стационарного, так и переносного типов), вкладышами для нанесения данных измерения антропометрических показателей и составления кривых роста ребенка.

- Информирование лиц, принимающих решение (хокимияты), общественных организаций (махалля, женские комитеты) о важности решений проблем роста и развития детей и их питания, а также вовлечение их в реализацию проекта.
- Информирование и обучение населения оценке роста и развития их детей, организации правильного кормления и ухода за детьми.
- Изменение привычек питания населения.
- Включение и внедрение в учебную программу медицинских ВУЗов и колледжей, а также ТашИУВ руководства по мониторингу роста и развития детей.
- Мониторинг и оценка реализации проекта.

Мониторинг и оценка и реализации проекта

Для определения эффективности менеджмента и реализации проекта, необходимо проведение мониторинга (прослеживание и контроль), который является необходимым инструментом для руководства проектом.

Мониторинг и Оценку проекта необходимо проводить по следующим показателям:

- знание и навыки медицинского персонала (врачи и медицинские сестры) по оценке роста и развития детей: антропометрические измерения, составление кривых роста, интерпретация полученных данных, рекомендации по уходу, кормлению и питанию как здорового ребенка, так и ребенка с нарушениями в росте и развитии (по записям в картах развития ребенка, по наличию кривых роста по всем показателям, кратности проведения измерений)
- оснащение СВП и поликлиник набором для измерения антропометрических показателей и вкладышами с кривыми роста для карты развития ребенка;
- умение и навыки родителей и лиц, участвующих в уходе за детьми по вопросам правильного питания;
- процент детей на грудном вскармливании и исключительно грудного вскармливания детей первых 6 месяцев жизни;
- процент детей, которым своевременно введен прикорм;
- показатель роста и развития детей;
- процент детей с нарушениями питания;
- детская заболеваемость и смертность;
- затраты здравоохранения (экономическая эффективность).

Заключение

Одним из основных мероприятий здравоохранения в охране здоровья материнства и детства является мониторинг роста и развития детей.

Регулярный контроль за физическим развитием является важным средством оценки пищевого статуса детей, раннего выявления нарушений питания и состояния здоровья детей и своевременного проведения необходимых профилактических и корригирующих мероприятий. Мониторинг роста и развития детей должен быть неотъемлемой частью системы охраны здоровья детей. В связи с этим, особое внимание руководителей здравоохранения на всех уровнях должно быть уделено на рациональный менеджмент организации и проведения повсеместно мониторинга роста и развития детей.

7.3. Стратегия улучшения питания населения Республики Узбекистан на 2009-2011гг.

Стратегия улучшения питания населения Республики Узбекистан на 2009-2011гг., является одним из компонентов Национальной Стратегии повышения благосостояния населения Республики Узбекистан на 2008-2011 годы. Она базируется как на международном опыте, так и на опыте, накопленном в ходе реализации в 1998–2006 г.г. национальных проектов по фортификации пшеничной муки, йодированию поваренной соли,

пропаганде грудного вскармливания и саплементации микроэлементами женщин фертильного возраста и детей до 5 лет, осуществленных при содействии внешних доноров.

В республике созданы основы законодательной и нормативной базы для обеспечения безопасности и качества пищевой продукции. Приняты Законы «О сертификации продукции», «О санитарно-эпидемиологическом надзоре», «О профилактике йододефицитных заболеваний» и другие. На основе фундаментальных исследований вновь установлены оптимальные уровни потребления пищевых и биологически активных веществ, сформулированы принципы рационального питания населения. В результате значительно улучшилась ситуация с обеспеченностью населения йодированной солью. Объем производства йодированной соли достиг 53% от общего объема выпуска отечественной соли.

Активно реализуются меры по охране детства и материнства, поддержке и расширению грудного вскармливания, пропаганде и организации здорового образа жизни. Правительством реализуется Национальная программа по фортификации муки (Указ Президента Республики Узбекистан № ПП-153), которая предусматривает профилактику дефицита микроэлементов и витаминов путем обогащения пшеничной муки этими веществами. Данная программа осуществляется Министерством здравоохранения и акционерной компанией «Уздонмахсулот» при поддержке Всемирного банка, Глобального Альянса по улучшению питания и ЮНИСЕФ. В настоящее время фортифицируется около 30 % муки, потребляемой в стране.

Анализ показывает, что реализация саплементации железом/фолиевой кислотой и первого этапа проекта по фортификации муки позволила сократить распространенность анемии среди детей первых 5 лет жизни в Республике Каракалпакстан, Хорезмской и Ферганской области - с 66,6 % (данные 2002 года) до 32,9 %, анемии среди небеременных женщин – с 61,5 % до 37,6 %. Распространенность заболеваний, обусловленных дефицитом йода, которая в 2003 году составляла 47,7 % , в 2007 году составила уже 28,6 % от общего числа исследуемых детей.

Достижением реализации инициативы больниц дружелюбного отношения к ребенку, совместно с образовательными программами грудного вскармливания, является рост в 2 раза количества детей, находившихся на исключительно грудном вскармливании. Параллельно добавками витамина А было охвачено 72 % детей в возрасте от 6 до 60 месяцев, а железа и фолиевой кислоты - 1,5 млн. женщин.

Основные проблемы здоровья населения Республики Узбекистан, связанные с питанием.

Несмотря на позитивную динамику основных показателей питания населения, наблюдающуюся в последнее десятилетие, ряд его индикаторов показывают имеющиеся еще проблемы, требующие своего решения.

Большинство индикаторов питания детей, указывают на дефицит потребления нутриентов по сравнению с нормами, установленными ВОЗ. Так показатель распространенности у детей низкого веса при рождении составляет 4,8%, неоптимального грудного вскармливания - 74%, анемии - 49%, дефицита ретинола (витамина А) - 53%, отставания в росте – 19%. Дефицит потребления ряда нутриентов взрослыми проявляется в том, что частота анемии среди матерей составляет 68%, а распространенность йододефицитных заболеваний - 24%. Недостаточность фолиевой кислоты в рационе обуславливает дополнительный прирост заболеваемости взрослого населения с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 10% .

Расчеты, основанные на международной практике, показывают, что экономические потери, обусловленные несбалансированным питанием населения в Республике Узбекистан, составляют более \$1 млрд. ежегодно или до 2 % ВВП, оцененного по приведенной покупательской способности, в том числе в результате смертности детей с низким весом при рождении - \$0,3 млрд., отставания молодого поколения в физическом и умственном развитии

- \$0,5 млрд., низкой производительности труда женщин с анемией - \$0,3 млрд., дополнительных расходов на выхаживание детей с недостаточным весом при рождении и лечение заболеваний - \$0,04 млрд.

Все более распространенными в Узбекистане становятся избыточный вес и ожирение, которые являются ведущими факторами риска различных хронических заболеваний, включая артериальную гипертонию, сахарный диабет 2 типа, ишемическую болезнь сердца и нарушения кровообращения. В 2002 году частота ожирения среди женщин составил 28%, среди мужчин - 32%.

Региональные особенности питания, обуславливающие связанные с ним основные проблемы здоровья населения Республики Узбекистан

Питание - один из существенных компонентов благосостояния населения. Это проявление культуры народа, тесно связанное с условиями и укладом жизни, с его традициями. Они определяют национальные пищевые предпочтения, ограничения и правила поведения, связанные с приготовлением и приемом пищи. В питании коренных народов Узбекистана нашли отражение региональные особенности источников и условий формирования продовольственной базы, приводящие к преобладанию в рационе продуктов, содержащих углеводы и жиры растительного происхождения, к дефициту ряда микроэлементов, низкому потреблению овощей и фруктов, богатых витаминами, к обильному употреблению чая, препятствующего усвоению части из них. Описанные выше основные проблемы здоровья населения Республики Узбекистан обусловлены нехваткой в традиционном рационе железа, фолиевой кислоты, ретинола (витамина А), а в почве - йода.

Все изложенные проблемы в области питания и позитивные практические результаты программ и проектов по фортификации пшеничной муки, йодированию поваренной соли, пропаганде грудного вскармливания и саплементации микроэлементами женщин фертильного возраста и детей до 5 лет доказывают целесообразность разработки и реализации Стратегии улучшения питания населения Республики Узбекистан.

Цель и задачи Стратегии улучшения питания населения Республики Узбекистан Республики Узбекистан на 2009-2011 гг.

Основная цель Стратегии - институционализация и масштабирование достигнутого, для чего предполагается создание общенациональных механизмов управления, обеспечивающих координацию и расширение деятельности по улучшению питания населения на территории всей страны.

Для достижения этих целей необходимо решить следующие задачи:

- обеспечить устойчивый охват:

- 80% населения - потреблением фортифицированной муки;
- 85 % населения - потреблением йодированной соли;
- 99% беременных и 90% матерей, имеющих детей в возрасте от 6 до 60 месяцев, и самих детей этого возраста - саплементацией препаратами железа и фолиевой кислоты;
- 90% детей в возрасте от 6 мес. до 60 месяцев - саплементацией ретинолом (витамином А);
- 95% детей в возрасте от 0 до 6 месяцев - исключительно грудным вскармливанием.

- разработать и реализовать как дополнительные компоненты НПП проекты:

- по фортификации хлопкового масла ретинолом (витамином А)
- по саплементации препаратами железа и фолиевой кислоты девочек - школьниц в возрасте 12-16 лет.

Основные направления и механизм реализации «Стратегии улучшения питания населения Республики Узбекистан в 2009-2011 гг.

Настоящая Стратегия разработана с учетом последних достижений науки и практики, международного и национального опыта. Достичь результатов предполагается за счет реализации эффективных и рентабельных мероприятий, исходя из региональных показателей заболеваемости, связанной с нерациональным питанием, используя дифференцированный подход к реализации этих мер в городской и сельской местности.

Основными направлениями Стратегии являются расширение спектра и охвата населения потреблением фортифицируемых продуктов питания, расширение охвата целевых групп населения саплементацией микроэлементами и витаминами мероприятия и формирование у населения навыков рационального вскармливания детей и питания взрослых, позволяющих в дальнейшем отказаться от программ саплементации. Более детально эти направления деятельности по реализации Стратегии представлены в Приложении. В документе определены оптимальные сроки их реализации, объемы финансирования и ответственные исполнители.

Механизмы реализации Стратегии предусматривают использование правовых, экономических и морально-этических стимулов для управления поведением целевых групп населения и субъектов рынков продуктов питания и медицинских услуг в Республике Узбекистан.

Ожидаемые результаты реализации «Стратегии улучшения питания населения Республики Узбекистан на 2009-2011 гг.»

Индикаторами успеха реализации Стратегии будут сокращение относительно уровня старта программы частоты рождения детей с низким весом - на 5 %, показателя связанной с ним младенческой смертности - на 20 %, частоты врожденных дефектов нервной трубки у детей - на 50 %, количества детей в возрасте до 2 лет с задержкой роста - на 10 %, распространенности дефицита витамина А среди детей первых 5 лет жизни - до 23 %, распространенности анемии среди женщин фертильного возраста - на 20 %, распространенности заболеваний, обусловленных дефицитом йода, среди беременных женщин - до 30 %, распространенности дефицита фолиевой кислоты среди взрослых - на 50 %, и увеличение относительно уровня старта программы количества детей первых 6 месяцев жизни, находящихся на исключительно грудном вскармливании, - на 50 %, уровня сывороточного железа у детей раннего возраста - на 10 %.

Менеджмент проекта «Профилактика и ликвидация дефицита витамина А (ДВА)»

Экономические последствия недостатка микроэлементов весьма высоки. При дефиците железа продуктивность работника тяжелого труда снижается на 17%, работников среднего и легкого труда – на 5%. При дефиците железа и йода снижение познавательных способностей составляет 4-10%. Дефицит витамина А повышает детскую смертность на 20-23%.

Дефицит Витамина А (ДВА) является одной из важнейших проблем здоровья населения во многих странах мира. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), на сегодняшний день в мире около 275 млн. людей страдают, а от 250 до 500 тысяч людей теряют зрение от ДВА. Наиболее уязвимым контингентом являются дети первых 5 лет жизни и женщины репродуктивного возраста.

Каждый год в мире:

- 140 миллионов детей дошкольного возраста и 7 миллионов беременных женщин страдают от ДВА;
- 4,4 миллионов детей и 6,2 миллионов женщин страдают от ксерофтальмии;
- 1,2-3 миллиона детей умирают в результате ДВА.

Оценка ситуации по Дефициту Витамина А показала, что летальность от кори в 50% случаев, от диарей и респираторных заболеваний - в 40% случаев и, в целом, детская смертность - в 23-25% случаев обусловлены Дефицитом Витамина А.

Свыше 118 стран мира имеют проблемы по ДВА. В Узбекистане также имеются проблемы по ДВА, требующие своего решения. Уровень распространенности ДВА достигает пика среди детей в возрасте 12-23 месяцев (61%), когда ребенка отнимают от груди, в результате чего сокращается регулярное поступление витамина А через грудное молоко.

Достоверным критерием дефицита Витамина А является содержание ретинола в сыворотке крови. В норме содержание сывороточного ретинола составляет более 30 мкг/дл (1,05 мкмоль/л). При уровне сывороточного ретинола 20-30 мкг/дл (0,7-1,05 мкмоль/л) – развивается легкая степень, при 10-20 мкг/дл (0,35-0,7 мкмоль/л) – среднетяжелая степень и при менее 10 мкг/дл (0,35 мкмоль/л) – тяжелая степень ДВА.

По мнению международных экспертов, если в двух разных регионах страны имеется проблема дефицита витамина А, то можно заключить о наличии данной проблемы в масштабе всей страны.

На основании вышеизложенного можно заключить, что в Узбекистане необходимо реализовать все методы профилактики и ликвидации ДВА. Для стран с дефицитом витамина А текущие международные рекомендации предусматривают добавки высокой дозы витамина А каждые 4-6 месяцев для всех детей в возрасте от 6 до 59 месяцев. Обеспечение детей двумя капсулами с высокой дозой витамина А в год является безопасной, экономичной и эффективной стратегией устранения дефицита витамина А и улучшения выживаемости детей. Реализация данного проекта представляет высокую экономическую эффективность:

- Всего несколько центов за капсулу.
- Снижение затрат здравоохранения путем уменьшения госпитализации и посещений поликлиник.
- Снижение детской заболеваемости и смертности.

Наиболее оптимальным решением проблемы ДВА является комплексный подход, включающий краткосрочный (достигается наиболее быстрый результат, но неустойчивый) – саплементация витамином А, средне-срочный – фортификация продуктов питания витамином А и долго-срочный – изменение привычек питания населения. Фортификация и, самое главное, изменение привычек питания обеспечивают устойчивость в решении проблем с ДВА.

Необходимо отметить, что успех реализации этих методов зависит от мер общественного здравоохранения, в частности от менеджмента и поддержки внедрения данной программы по всей стране.

С 2003 года при содействии ЮНИСЕФ осуществляется проект «Профилактика дефицита витамина А». На сегодняшний день идет реализация двух подходов, а именно: саплементация витамина А и изменение привычек питания населения.

Цель: снижение детской заболеваемости и смертности путем профилактики и ликвидации дефицита витамина А. Достичь устойчивой ликвидации дефицита витамина А к 2015 году.

Что сделано по достижению данной цели?

С 2003 года при содействии ЮНИСЕФ проведено 11 туров саплементации витамина А среди детей в возрасте 6 – 59 месяцев. Саплементация проводилась во время «Недели здорового ребенка» 2 раза в год. По данным Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан, Управлениями здравоохранения г.Ташкента и областей, охват саплементацией витамина А детей составлял 92,0-94,0%.

Что нужно сделать для достижения цели?

- Включить профилактику и ликвидацию дефицита витамина А в разрабатываемую национальную программу по улучшению состояния питания населения в Узбекистане.
- Определить в достаточной ли степени на местах обеспеченность людскими и другими ресурсами для достижения ожидаемых результатов проекта.
- внедрение в систему здравоохранения в качестве превентивных и лечебных целей рутинное введение больших доз витамина А детям возраста 6-59 месяцев, вместо проводимых двух туров в год.
- При проведении мониторинга роста и развития детей особое внимание уделить на саплементации витамина А.
- Продолжать информационную работу среди населения о необходимости саплементации витамина А и изменении привычек питания.

Мониторинг. Для определения эффективности программы по саплементации Витамина А, выявления проблем с поставками и назначением детям осуществлять регулярный мониторинг (прослеживание и контроль), который является необходимым инструментом качественного управления программой. Рекомендуется включать записи о приеме Витамина А в существующую систему регистрации, в карту развития ребенка, регистрацию иммунизации и учетные карты в медицинских учреждениях.

Регулярно изучать информированность населения о саплементации витамина А, о ее необходимости и актуальности, осуществлять мониторинг действий медицинских работников (врачей и, особенно, медицинских сестер) с заполнением форм опроса родителей, приведших своих детей на саплементацию.

Заключение

Одним из важных путей снижения детской заболеваемости и смертности является профилактика и ликвидация дефицита витамина А. Данная проблема является не только медицинской, но и социальной, решение которой требует межсекторального подхода. Профилактика и ликвидация дефицита витамина А позволит улучшить рост и развитие детей, уменьшить заболеваемость органов зрения, респираторных и диарейных заболеваний, анемию среди детей и женщин, снизить детскую смертность.

Проект «Профилактика дефицита железа и фолиевой кислоты»

Дефицит железа у детей в возрасте 6-24 месяцев нарушает нормальное развитие мозга, вызывает задержку роста, снижение иммунитета, приводит к неудовлетворительной школьной посещаемости и понижению уровня концентрации и памяти.

Анемия среди беременных женщин повышает риск кровотечения и бактериальной инфекции при родах. У таких женщин могут родиться младенцы, страдающие от инфекций, ослабленного иммунитета, плохой успеваемости, замедленного физического развития. Младенцы рождаются анемичными, если они не получают достаточного запаса железа от матери во время беременности и родов.

Распространенность анемии наиболее высока в возрастной группе 12-23 мес, более 70 % имеют какую-либо форму анемии. В этом возрасте она наносит наиболее непоправимый ущерб ребенку. Дети в возрастной группе 12-23 мес. должны рассматриваться как высокоприоритетная группа для проведения вмешательств и лечения анемии. Тяжелая анемия считается насущной проблемой общественного здравоохранения, если распространенность превышает 2 процента в любой группе.

Важной проблемой является дефицит фолиевой кислоты. Каждый год 300000 детей рождаются с серьезными заболеваниями и врожденными аномалиями, обусловленными дефицитом фолиевой кислоты. Это – спинномозговая грыжа, хондродистрофия, мозговая грыжа, анэнцефалия, орофациальные аномалии – «заячья губа», «волчья пасть» и другие.

Международный опыт показал, что в странах, где распространенность анемии среди женщин превышает 30 %, необходимо принимать срочные профилактические меры, включающие интегрированный подход: краткосрочный (достигается наиболее быстрый результат, но неустойчивый) – саплементация железом и фолиевой кислотой, средне-

срочный – фортификация продуктов питания железом и фолиевой кислотой и долго-срочный – изменение привычек питания населения. Фортификация и, самое главное, изменение привычек питания обеспечивают устойчивость в решении проблем с дефицитом микронутриентов. Успех реализации этих методов зависит от мер общественного здравоохранения, в частности от менеджмента и поддержки внедрения данной программы по всей стране. В соответствии с этим, правительство Узбекистана приняло трехкомпонентную стратегию профилактики дефицита железа и фолиевой кислоты – фортификация муки железом и другими минералами, саплементация железом и фолиевой кислотой и пропаганда изменения питания.

Цель: Сократить распространенность анемии (включая железодефицитную) на одну треть к 2010 г, на 40 % - к 2015 г.

Что сделано по достижению данной цели?

Саплементация железом является наиболее распространенной стратегией борьбы с дефицитом железа, применяемой в настоящее время. Она чаще используется для лечения имеющейся железодефицитной анемии и также рассматривается в качестве профилактической меры.

Национальная программа Фортификация муки

В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан ПП- № 153 от 11 августа 2004 года «О мерах по реализации Национальной программы по фортификации муки», с 2005 года Министерством здравоохранения совместно АК Уздонмахсулот, Глобальным альянсом по улучшению питания (ГАУП), ЮНИСЕФ и Всемирным банком осуществляется обогащение муки на мелькомбинатах железом, фолиевой кислотой и другими микроэлементами. На упаковке для обозначения наносится логотип фортифицированной муки. ЮНИСЕФ осуществил коммуникативную деятельность в рамках грантового соглашения, подписанного совместно с Всемирным Банком для пропаганды потребления фортифицированной муки среди населения.

В рамках Национальной программы по фортификации муки в республике в 2008 году проведена оценка эффективности программы. В национальных масштабах проведены исследования по изучению распространенности анемии среди 2584 женщин фертильного возраста. Исследования проведены соответственно международным стандартам, при методическом руководстве международных экспертов СДС. В ходе исследования обследовано 2584 домохозяйств во всех регионах республики, взяты анализы крови у 2584 женщин. Результаты оценки показали, что уровень анемии по республике составил в среднем 32%.

Учитывая идентичную методологию медико-демографических исследований 1996 года, когда уровень анемии среди женщин составил 60%, можно утверждать, что за последние 12 лет распространенность анемии в республике снизилась на 28%, т.е. почти в 2 раза.

Что нужно сделать для достижения цели?

- Определить в достаточной ли степени на местах обеспеченность ресурсами (наличие препаратов железа и фолиевой кислоты, фортификанта для обогащения муки, возможность проведения лабораторных исследований) для достижения ожидаемых результатов проекта.
- Продолжать информационную работу среди населения о необходимости профилактики анемии и дефицита фолиевой кислоты путем еженедельного применения сульфата железа и фолиевой кислоты, употребления фортифицированной муки и изменения привычек питания.
- При проведении мониторинга роста и развития детей особое внимание уделить на мониторинг проектов по профилактике анемии и дефицита фолиевой кислоты.

Индикатором реализации проекта является охват целевых групп (женщины фертильного возраста, дети) по дополнительному применению препаратов железа и фолиевой кислоты, а

также употреблению обогащенной муки. Оценка воздействия: определить насколько уменьшилась частота и распространенность дефицита железа и фолиевой кислоты.

Заключение

Профилактика дефицита железа и фолиевой кислоты является одной из основных проблем общественного здоровья, требующей интегрированного подхода. От решения данной проблемы зависит репродуктивное здоровье, формирование здорового поколения.

Проект «Профилактика йоддефицитных состояний»

Все жители эндемичных по дефициту йода регионов испытывают отрицательное воздействие недостаточного потребления йода и подвержены риску снижения умственных способностей. Наиболее значительному риску подвергаются беременные женщины по причине пагубного воздействия дефицита йода на развивающийся плод, которое может вызвать поражение мозга. Некоторые дети, родившиеся у матерей с дефицитом йода, страдают от крайней физической и умственной отсталости, выражающихся в зобе (увеличение щитовидной железы), дефектах речи, глухоте и кретинизме. Многие дети страдают также от повреждения мозга и потери баллов коэффициента умственного развития, что препятствует их полному развитию. Эти кажущиеся нормальными дети могут в дальнейшем столкнуться с проблемами обучения в школе.

Как известно, йоддефицитные состояния могут быть предотвращены йодом принимаемым в крошечных количествах на регулярной основе на протяжении всей жизни – при очень незначительных затратах (5 центов США на человека в год) путем универсального йодирования соли (УИС). В 2002 году в Узбекистане лишь 19% домохозяйств употребляли йодированную соль (МИКИ, 2002), в результате реализации программ по профилактике йоддефицитных состояний процент домохозяйств увеличился до 53 % (МИКИ, 2006г.). В состав 80 процентов домохозяйств, не употреблявших йодированную соль, входили 400 000 новорожденных, которые не защищены от повреждений мозга каждый год. Следует добиться универсального йодирования соли, чтобы обеспечить применение ее всеми женщинами в течение беременности, с целью всесторонней защиты новорожденных.

Что сделано по профилактике йоддефицитных состояний?

- В 2005 году Правительство Узбекистана приняло Национальную программу по предотвращению нарушений, вызванных недостаточностью йода на период 2005-2009 гг. Государственная программа включает в себя мероприятия, направленные на достижение всеобщего йодирования соли, и предусматривает ежегодный мониторинг качества соли с точки зрения концентрации йода во время производства и продажи. ЮНИСЕФ инициировала мероприятия по мониторингу йодирования соли на этапах производства и реализации совместно с Ассоциацией защиты прав потребителей Узбекистана. Эта Ассоциация работает в тесном контакте с Минздравом и средствами массовой информации. Вторым крупным достижением стала организация стабильных закупок йодата калия через Меморандум о взаимопонимании, подписанный между Минздравом и ЮНИСЕФ.
- В апреле 2007 года принят Закон «О профилактике йоддефицитных заболеваний», в котором регламентировано универсальное йодирование соли.

Что нужно сделать для достижения цели?

- Интегрировать профилактику и ликвидацию дефицита йода в разрабатываемую национальную программу по улучшению состояния питания населения в Узбекистане.
- Определить в достаточной ли степени на местах обеспеченность необходимыми ресурсами для реализации Закона «О профилактике йоддефицитных состояний» и других проектов (наличие йодата калия для обогащения соли, наличие упаковочных линий и материалов, организация внутреннего и внешнего контроля по йодированию соли, наличие возможностей по определению качества соли в домохозяйствах, определению йодурии в целевых группах населения в лабораториях).

- Продолжать информационную работу среди населения о необходимости потребления йодированной соли и изменения привычек питания.
- Продолжать совместную работу с Министерством народного образования по определению употребления йодированной соли в домохозяйствах.
- При проведении мониторинга роста и развития детей особое внимание уделить на мониторинг проектов по профилактике йоддефицитных состояний.

Заключение

Профилактика йоддефицитных состояний является одной из главных проблем по формированию генофонда нации. От решения данной проблемы зависит интеллектуальный потенциал и гармоничное развитие подрастающего поколения. Организаторам здравоохранения для успешной реализации данного проекта солипроизводителями, представителями народного образования, союзом потребителей, домохозяйствами и представителями средств массовой информации.

7.4. Проект по «Интегрированному ведению болезней детского возраста»

Каждый год в развивающихся странах около 12 миллионов детей умирают, не дожив до 5-летнего возраста, многие - на первом году жизни. Около 70% детей умирает от острых респираторных инфекций (в основном пневмонии), диареи, кори, малярии или нарушения питания - и часто от комбинации этих причин. Страны СНГ, которые теперь находятся на длительном этапе переходного периода, несмотря на специфические проблемы здоровья детского населения, имеют значительное сходство по основным причинам смертности детей до 5 лет, в том числе и Узбекистане.

Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста (ИББДВ) – это стратегия с широким спектром мероприятий, как в системе здравоохранения, так и на дому. Стратегия сочетает улучшение ведения болезней детского возраста с аспектами питания, иммунизации и некоторыми другими важными факторами, оказывающими влияние на здоровье ребенка, включая здоровье матери. Стратегия направлена на снижение заболеваемости и смертности от основных детских заболеваний среди детей в возрасте младше пяти лет и инвалидности, а также вклад в улучшение роста и развития детей.

В нее включены многие элементы программ по борьбе с диарейными и острыми респираторными заболеваниями, аспекты борьбы с лихорадочными заболеваниями, имеющие отношение к ведению больных детей, программ питания, расширенной иммунизации и программы использования основных лекарственных препаратов. Адаптированные рекомендации по ИББДВ должны способствовать решению таких серьезных проблем как полипрагмазия (чрезмерное применение лекарственных средств), необоснованная госпитализация детей с неосложненными формами пневмонии, ОРИ без пневмонии, диарейными и лихорадочными заболеваниями. В республике придается первостепенное значение реформированию системы здравоохранения. Его основные аспекты направлены на децентрализацию управления и передачи полномочий на более низкие уровни государственного сектора, вопросы обучения управлению и лекарственному обеспечению, предоставление основного пакета медицинских услуг, изменение роли системы охраны общественного здоровья. В этом процессе стратегия ИББДВ может играть важную роль в качестве инструмента для оказания качественной медицинской помощи детскому населению на первичном уровне.

Клиническая практика должна охватывать клиническое обучение, обеспечение лекарственными средствами, расходными материалами и оборудованием, интеграцию вертикальных программ в объем услуг на уровне ПМСП. Этим задачам отвечает стратегия ИББДВ, компонентами которой являются:

- улучшение клинических навыков медицинских работников первичных звеньев здравоохранения по ведению больных детей, направленных на

совершенствование медицинского обслуживания детей до 5 лет

- улучшение системы здравоохранения посредством обеспечения лекарственными препаратами для стандартного лечения, расходными материалами и оборудованием, рационального менеджмента лекарственных средств и организации оказания медицинской помощи
- улучшение работы на уровне семьи и махали по вопросам ухода за детьми для улучшения их здоровья и развития.

Применение стандартных принципов ИВБДВ, направленных на улучшенное ведение больных детей, профилактику заболеваемости, улучшение практики ухода и питания детей в семьях, позволит СВП эффективно и рационально использовать имеющиеся ресурсы.

Необходимость внедрения стратегии ИВБДВ обусловлена:

- потребностью в реформировании педиатрической службы
- необходимостью улучшения качества профилактической и лечебной помощи, оказываемой детям в первичном звене здравоохранения
- потребностью улучшения питания и ухода за здоровым и больным ребенком.
- необходимостью уменьшения необоснованного назначения лекарственных препаратов, особенно антибиотиков и внутривенных инфузий
- необходимостью снижения необоснованной госпитализации в стационар
- необходимостью сокращения угрозы распространения нозокомиальной инфекции
- потребностью улучшения санитарно-просветительной работы среди матерей по уходу за детьми
- необходимостью повышения профессионального уровня врачей- педиатров, ВОП
- необходимостью в стандартизации и унификации методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний детского возраста.

Компонент обучающего курса ИВБДВ по консультированию матерей в вопросах питания, грудного вскармливания, правильного ухода за больным ребенком, поможет в реализации программ работы с населением, обслуживаемым СВП.

В 2005 году ВОЗ опубликовала Карманный справочник по оказанию медицинской помощи в условиях стационара на русском языке на основе принципов ИВБДВ. Министерством здравоохранения издан приказ №155 от 10 апреля 2007 года, которым утверждено «Руководство по оказанию стационарной помощи детям». На основе руководства пересмотрен Список основных лекарственных средств (СОЛС) для детских лечебных учреждений, перечень необходимого оборудования.

В целом методология проведения обучающих курсов ИВБДВ удачно сочетает различные обучающие подходы, такие как практические занятия в амбулатории и стационаре, видео и фото упражнения, индивидуальную работу с каждым участником, решение групповых задач и ролевые игры.

Глава 8. Проект «Безопасная и устойчивая служба иммунизации»

В 1977 г. на Ассамблее ВОЗ была принята программа службы иммунизации для всех детей мира. Принятая ВОЗ Расширенная Программа Иммунизации (РПИ) ставит своей целью иммунизировать всех детей против 6 наиболее серьезных инфекционных болезней: дифтерии, столбняка, коклюша, туберкулеза, полиомиелита и кори. В настоящее время этими прививками охватывается более 80% детского населения мира.

В 1984 г. сессия Европейского регионального комитета ВОЗ провозгласила задачу на 2000 год – снижение до нуля заболеваемости корью, полиомиелитом, столбняком новорожденных, дифтерией, врожденной краснухой, врожденным сифилисом и малярией.

Для достижения этих целей надо было добиться иммунизации не менее 90% детей в возрасте до 2-х лет против полиомиелита и дифтерии, 95% - против кори. Позднее была поставлена также задача обязательной вакцинации всех детей против вирусного гепатита В.

В Узбекистане, благодаря высокому охвату профилактическими прививками в рамках РПИ – более 95% подлежащих детей и успешному проведению Национальных Дней Иммунизации (НДИ) против полиомиелита, дифтерии и столбняка, удалось добиться значительных результатов в достижении этих целей.

Так, с 1995 года не зарегистрировано ни одного случая полиомиелита. В 2001 г. Узбекистан сертифицирован ВОЗ, как территория, свободная от полиомиелита. С 2000 г. не регистрируются случаи столбняка и дифтерии, до единичных случаев снижена заболеваемость коклюшем. Заболеваемость вирусным гепатитом В снизилась в 15,6 раза, а среди детей в возрасте до 2-х лет – в 48 раз.

С целью элиминации кори, краснухи в 2007 г. была проведена массовая иммунизация более 8,3 млн. населения республики в возрасте от 10 до 30 лет, что привело к снижению заболеваемости корью. Так, если в 2007 г. было зарегистрировано 862 случая, то в 2008 г. корь была зарегистрирована только в единичных случаях.

Национальная программа иммунопрофилактики (НПИ) Узбекистана объединяет и координирует учреждения, ресурсы и мероприятия, содействующие снижению заболеваемости, инвалидности и смертности от инфекций, управляемых специфической профилактикой (вакцинацией).

В рамках НПИ осуществляются:

- закупка вакцин и иммунобиологических препаратов,
- закупка инъекционных материалов и других средств иммунизации,
- поддержание и развитие холодовой цепи,
- транспортное обеспечение службы иммунизации,
- подготовка (базовая и последипломная) и повышение квалификации кадров,
- общие функции, к перечню которых относятся проведение прививок и связанная с ними медицинская помощь, а также социальная мобилизация, санитарно-эпидемиологический надзор и контроль, научные исследования и разработки, администрация и управление программой

Плановая вакцинопрофилактика детей, подростков и взрослых предусматривает соблюдение определенных сроков и схем, совокупность которых составляет национальный календарь прививок. В Узбекистане календарь профилактических прививок регламентирован Правилами и нормативами по организации и проведению иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан № 0239-07 2008 г. и Постановлением Главного Государственного санитарного врача. График иммунизации включает:

1. Прививки, предусмотренные графиком РПИ, рекомендованной ВОЗ – обязательная вакцинация детей в возрасте до 2 лет: против туберкулеза (используется вакцина БЦЖ), дифтерии, коклюша, столбняка (используется вакцина АКДС), кори, полиомиелита (используется оральная полиомиелитная вакцина - ОПВ), эпидемического паротита и гепатита В.
2. Прививки, проводимые в соответствии с Национальным календарем прививок, лицам старше 2-х лет: прививки БЦЖ, в возрасте 7 и 15 лет; прививки АДС-м, в возрасте 7, 15-16, 26 и 46 лет; прививка ОПВ, в 7 лет.

Все прививки должны проводиться строго в сроки, установленные календарем профилактических прививок, совмещая введение указанных для каждого возраста вакцин. Календарь прививок указывает на то, что допускается одновременное проведение всех необходимых прививок разными шприцами в разные участки тела. Для проведения

последующих прививок минимальный интервал должен составлять не менее 4 недель (1 месяца). При рождении ребёнка в родильном отделении на него выдаётся «паспорт иммунизации» с указанием информации об обязательных прививках и сроков их проведения. В этом же паспорте отмечается информация о проведении последующих прививок.

Календарь профилактических прививок

Возраст	Наименование прививок
1 сутки	ВГВ -1
2-5 день	ОПВ-0, БЦЖ-1
2 месяца	АКДС-1, ВГВ-2, +ХИБ-1, ОПВ-1
3 месяца	АКДС-2, ВГВ-3, +ХИБ-2, ОПВ-2
4 месяца	АКДС-3, ВГВ-4, +ХИБ-3, ОПВ-3
12 месяцев	КПК-1
16 месяцев	АКДС-4, ОПВ-4
6 лет	КПК-2
7 лет (1 класс)	АДС-М-5, ОПВ-5, БЦЖ-2
14-15 (8 класс)	БЦЖ-3
16 лет	АДС-М-6

Представление о том, что вакцинация - это мера, относящаяся только к детскому возрасту, является ошибочным. Вакцинация взрослых против дифтерии и столбняка включена в календарь профилактических прививок практически во всех странах, в том числе и в Узбекистане. Вакцинацию также проводят по эпидемическим показаниям в эндемичных районах: вакцинами против гриппа, бешенства, тифа, чумы, туляремии, бруцеллеза, сибирской язвы и т.д.

Хранение и транспортировка вакцин

Вакцины являются чувствительными биологическими субстанциями, которые со временем теряют активность (т.е. способность защищать от заболевания). Потеря активности происходит намного быстрее при воздействии температуры выше или ниже рекомендуемого для каждой вакцины диапазона. Утраченная однажды активность вакцины не восстанавливается при возвращении вакцины в правильный температурный режим. Любая утрата активности вакцины необратима. Поэтому, чтобы сохранить активность вакцин до момента их введения в организм, необходимо содержать их при правильном температурном режиме - +2-+8°C:

- Хранение живых вакцин (БЦЖ, ОПВ, против кори, краснухи, эпидпаротита) при повышенной температуре (>+8°C) приводит к уменьшению жизнеспособных микробных клеток, а следовательно, к утрате их активности.
- Замораживание (< 0°C) адсорбированных вакцин (АКДС, АДС, АС, АДС-м, гепВ) также недопустимо. Оно приводит к десорбции антигенов, что сопровождается значительным снижением иммуногенности (таб.12.2.).

Чувствительность вакцин к замораживанию

Вакцины, которые разрушаются при замораживании	Вакцины, которые можно замораживать
--	-------------------------------------

АКДС	БЦЖ
АДС	ОПВ
АДС-м	Коревая
АС	Краснушная
Геп В	Эпидпаротитная

Обучение персонала НПИ

Необходимо регулярное обучение персонала НПИ с целью обновления и совершенствования знаний и навыков по вопросам Безопасной Практики Иммунизации (БПИ), практики обращения с вскрытыми флаконами с вакциной, ведения отчетной документации, ведения поствакцинальных осложнений/реакций и других вопросов, имеющих отношение к успешному внедрению НПИ. При Министерстве здравоохранения создана республиканская сертификационная комиссия, которая координирует деятельность областных сертификационных комиссий.

Обеспечение эффективности и качества проведения иммунизации

Эффективность и качество иммунопрофилактики оценивается путем систематического анализа отчетной информации по иммунизации и выявления причин имеющихся проблем.

Правильная организация прививочной работы находится под непосредственным контролем руководителя ЛПУ, которому необходимо знать, что категорически запрещается проводить прививки в перевязочных и процедурных кабинетах. Иммунизация проводится в отдельном кабинете, оснащенном согласно СанПин № 0132-06. Руководитель является ответственным за наличие соответствующего оборудования/медикаментов для лечения анафилаксии, а также обучения всех занимающихся вакцинацией сотрудников опознанию анафилаксии и ее лечению. Краткое описание лечения анафилаксии и необходимые средства должны иметься везде, где вводятся вакцины. В ФАП, где имеется только процедурный кабинет, необходимо организовать отдельный стол для вакцинации, огражденный ширмой.

Все виды плановой иммунизации необходимо проводить только в прививочных кабинетах. Руководитель ЛПУ обязан пресекать все случаи вакцинации детей на дому.

В случае, когда на обслуживаемой территории находятся отдаленные и труднодоступные населенные пункты необходимо организовать выездную бригаду, в составе педиатра, невропатолога и вакцинатора, обеспечить бригаду транспортом и необходимым холодовым оборудованием (термосумка) для транспортировки вакцины. Для эффективной работы выездной бригады составляется график выездов в населенные пункты, который доводится до сведения населения данных регионов. В этих населенных пунктах прививки делают в приспособленных помещениях, оборудованных под прививочные пункты.

Перед проведением прививок необходимо тщательно проверить качество препарата, его маркировку, целостность флакона (ампулы). Вскрытие флаконов, растворение лиофилизированных вакцин (коревой, паротитной, БЦЖ) и вакцинацию осуществляют в соответствии с инструкцией при строгом соблюдении правил асептики. Обработку места инъекционного введения вакцины производят, как правило, 70% этиловым спиртом, и только после полного испарения жидкости с поверхности кожи вводят вакцину.

Категорически запрещается хранить вскрытый и растворенный флакон с вакцинами КПК, КК, БЦЖ, против кори, краснухи и эпидпаротита более 6 часов. Оставшиеся вакцины должны быть утилизированы в течение рабочего дня. Исключением является только вакцина против гепатита В, для которой действует правило «открытых флаконов» ВОЗ, т.е. при условии соблюдения должного температурного режима хранения, вскрытый флакон с вакциной против гепатита В можно хранить в течение 5 дней после вскрытия.

Шприцы для вакцинации должны быть изъяты из упаковки только в присутствии родителей. При введении той или иной вакцины необходимо строго соблюдать регламентированную дозу и место введения.

Наблюдение за привитыми детьми осуществляется в течение первых 30 минут после прививки непосредственно врачом (фельдшером), так как в это время возможно развитие немедленных реакций, в том числе анафилактического типа. Далее привитый ребенок наблюдается патронажной сестрой в течение 3 дней после введения инактивированной вакцины (АКДС, АДС) и на 5-6-й и 1—11-й день после введения живых вакцин (кори, краснухи, эпид. паротита). Родители должны быть проинформированы о возможных поствакцинальных реакциях и симптомах, при которых необходимо обратиться за помощью в поликлинику или больницу. Сведения о проведенной вакцинации заносят в учетные формы № 112, 63 и 26, прививочные журналы и прививочный паспорт с указанием номера серии, контрольного номера, срока годности, предприятия изготовителя, даты введения, характера реакции.

Планирование, учет прививок и отчетность проводится согласно СанПин № 0132-06. Персональную ответственность за правильность определения численности контингентов, подлежащих профилактическим прививкам (планирование), организацию, проведение, полноту и достоверность учета профилактических прививок, своевременность представления отчетов о них в соответствии со сроками и порядком, а также за расход получаемой вакцины и инъекционного инструментария несет руководитель лечебно-профилактического учреждения. Ежемесячно все ЛПУ, где проводится вакцинация, обязаны представлять отчеты в территориальные ЦГСЭН по форме № 6 об охвате профилактическими прививками, расходе вакцин и инъекционного инструментария, возникших поствакцинальных реакций/осложнениях, где эта информация обобщается, суммируется и отправляется на следующий по инстанции уровень - областные ЦГСЭН, Республиканский ЦГСЭН, Министерство здравоохранения.

Организация системы надзора за неблагоприятными проявлениями после иммунизации (НППИ) должна осуществляться на основании приказа МЗ РУз № 759 от 29.12.1999г. Проведение массовой вакцинации, естественно, ставит вопрос о безопасности вакцин, оценка которой возможна только при учете осложнений. Получивший вакцину ребенок или взрослый не застрахован от любого заболевания, так что необходимо самым тщательным образом анализировать каждое такое событие с тем, чтобы своевременно установить возможную его связь с вакцинацией. До установления связи с вакцинацией его нельзя считать осложнением.

Источники НППИ могут быть трех типов:

1. Осложнения, связанные с техникой вакцинации (программные). Нарушение стерильности приводит к развитию нагноений в месте введения, контаминация вакцины патогенными агентами - к развитию инфекционно-токсического шока.

2. Осложнения, связанные с качеством вакцины, будь то местные (нестерильность) или общие (токсические), появляются у нескольких привитых той же серией вакцины. На заре применения вакцин большинство побочных явлений было связано с нарушениями в их производстве. Сейчас действуют более 50 требований ВОЗ к производству и контролю биологических субстанций. Их внедрение привело к тому, что во всем мире выпуск недоброкачественных вакцин сведен к минимуму. За последние десятилетия таких осложнений в нашей республике не зафиксировано.

3. Осложнения вследствие индивидуальной реакции чаще всего имеют характер аллергических или неврологических. Поскольку эти случаи редки, анализ связи

определенной патологии с прививкой требует огромного числа наблюдений за привитыми и правильной дифференциальной диагностики. В течение 24 часов на каждый зарегистрированный случай подается экстренное извещение в территориальный ЦГСЭН и райздравотдел, откуда информация поступает в вышестоящие инстанции (Областные ЦГСЭН, ОЗО, Республиканский ЦГСЭН, Министерство здравоохранения). По каждому зарегистрированному случаю поствакцинального осложнения проводится эпидрасследование.

Цель проведения эпидрасследования – определить причины развития одного или нескольких случаев поствакцинальных осложнений и принятие соответствующих групповых мероприятий.

Для этого используют следующие критерии:

Своевременность, полнота и точность регистрации случая поствакцинального осложнения/реакции. Каждый месяц главный педиатр и главный эпидемиолог района должны проверять содержание ежемесячной формы извещения о результатах эпиднадзора за поствакцинальными осложнениями/реакциями.

Оперативность проведения эпидрасследования после регистрации случая поствакцинального осложнения/реакции. Был ли зарегистрирован случай поствакцинального осложнения/реакции в течение 24 часов после его выявления.

Эффективность мероприятий для предупреждения аналогичных технических ошибок в дальнейшей работе. Во время контрольных проверок необходимо выяснить, были ли приняты соответствующие меры и насколько они оказались действенными.

Обеспечение безопасного уничтожения использованного одноразового инъекционного инструментария и медицинских отходов после иммунизации

Министерство здравоохранения поддерживает политику обязательного проведения прививок только одноразовыми самоблокирующимися шприцами с последующим безопасным уничтожением используемых шприцев и игл путем сжигания.

При этом необходимо соблюдать следующие меры предосторожности:

- использованные шприцы с иглами сразу же после инъекций должны выбрасываться в специальные или приспособленные коробки,
- категорически запрещается перед выбрасыванием шприца в коробку снимать с него иглу или закрывать ее колпачком,
- использованные при инъекции ватные тампоны и флаконы с остатками вакцины также сжигаются,
- безопасное уничтожение инъекционного инструментария требует сжигания при высоких температурах до расплавления игл. В городских и сельских учреждениях можно использовать муфельные печи малого объема (инсинераторы), где достигается температура +300 - +400°C. В СВП, СВА, СУБ и ФАП разрешается сжигание на открытом воздухе в специально выделенном и оборудованном месте,
- остаток от сгорания должен собираться и закапываться в специально отведенном месте.

Глава 9. Индикаторы программ в сфере охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР)

1. Индикаторы по статистике

- Наличие списка женщин фертильного возраста и детей, подлежащих охвату программами и число осмотренных женщин и детей и их удельный вес от общего количества женщин фертильного возраста и детей по возрастам до 1 года, 1-5 лет и до 14 лет.
- Знание исполнителей программы статистических методов вычисления заболеваемости, материнской и младенческой смертности.
- Анализ и разбор перинатальной смертности и случаев смерти детей в период 7-28 дней, до 1 года и до 5 лет по причинам.
- Использование матрицы BABIES при анализе младенческой смертности.
- Регистрация новорожденных весом от 500 до 999гр. Исходы этих новорожденных: выживание, смерть (на какой день).
- Показатель заболеваемости детей (до 1 года и до 5 лет) инфекционными заболеваниями (диареей и ОРВИ), пневмонией в динамике за последние 3 года.
- Удельный вес детей, отстающих в весе и росте.

2. Индикаторы по профилактике железодефицитной анемии у женщин фертильного возраста и детей

- Определение численности женщин и детей, подлежащих профилактике анемии по району, городу и населенному пункту
- Наличие медицинской документации на каждую женщину и ребенка:
 - медицинской карты амбулаторного больного (ф.№025/y)
 - индивидуальной карты ребенка (ф.№112/y)
 - индивидуальной карты беременной (ф.№111/y)
- Определение содержания гемоглобина в крови до начала реализации программы
- Охват фортифицированной мукой целевых групп
- Распределение женщин и детей степени анемии по показателям гемоглобина
- Контрольные проверки уровня гемоглобина в процессе применения железистых препаратов в каждом квартале
- Состояние обеспеченности препаратами железа и фолиевой кислотой и Уровень охвата профилактическим лечением женщин, страдающих анемией

3. Индикаторы по программе «Содействие повышению эффективности перинатальной помощи (СПЭПП)»

- Число обученного медицинского персонала в районе/городе по принципам СПЭПП за период реализации программы всего и за последний год отдельно
- Процент беременных женщин, охваченных антенатальным уходом
- Процент беременных женщин, взятых на учет до 12 недельного срока беременности
- Процент женщин с осложнениями во время беременности
- Процент Кесарево сечений от общего числа родов
- Процент физиологических родов (без вмешательств)
- Процент родов в присутствии партнеров
- Контакт «кожа к коже» совершен в течение 30 минут после родов (в%)
- Процент новорожденных, приложенных к груди матери в течение 30 минут с момента рождения

- Процент беременных, получавших препараты фолиевой кислоты до наступления беременности и в период беременности
- Абсолютное число и процент женщин, рожавших с рубцом на матке
- Абсолютное число и процент рожденных детей недоношенными (раньше 37 недельного срока беременности)
- Абсолютное число и процент рожденных детей с малым весом (менее 2500гр.)
- Абсолютное число и процент детей, рожденных больными и заболевшие в первые сутки после рождения
- Процент новорожденных, получивших адекватную профилактику заболеваний глаз (гонококковое поражение и др.) согласно инструкции
- Наличие условий для оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии детям

4. Индикаторы по профилактике дефицита витамина А

- Охват детей в возрасте 6-59 месяцев саплементацией витамином А.
- Информированность населения о важности саплементации витамином А (провести опрос родителей)
- Организация специальных маркированных комнат во время проведения туров саплементации витамином А («Недели здорового ребенка»)
- показатели заболеваемости детей, охваченных саплементацией витамином А за последние 2 года: инфекционными заболеваниями, болезнями органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки

5. Индикаторы мониторинга роста и развития детей

- Обеспеченность ЛПУ, особенно СВП и поликлиник, необходимым оборудованием для проведения измерения и соответствия их стандартам антропометрических измерений (веса, включая рычажные весы для новорожденных детей до 5 кг, ростомеры, сантиметровые ленты).
- Наличие данных о массе тела, длине/росте, окружности головы и развитии каждого ребенка (кривые роста или записи) в картах детей
- Наличие рекомендаций при нарушениях питания в картах развития детей
- Изменения в росте и развитии детей в динамике наблюдения (данные за последние 2 года)

6. Индикаторы по грудному вскармливанию

- Процент новорожденных, прикладываемых к груди матери в течение 30 минут после родов
- Процент детей находящихся исключительно на грудном вскармливании
 - до 3 месяцев
 - до 6 месяцев
- Процент детей на смешанном вскармливании после 6 месяцев
- Знания матерей по технике грудного вскармливания
- Применение принципа свободного кормления грудью новорожденного по требованию

7. Индикаторы по безопасной вакцинации

- Наличие руководящих материалов по организации и проведению иммунизации детей (приказы, СанПиН т др.)

- Информированность педиатров, эпидемиологов и инфекционистов по ПВО/ПВР, для проведения ими качественного эпидемиологического расследования
- Налаженность ведения педиатрами и эпидемиологами учет и анализ детей с медицинскими отводами на профилактические прививки и группы риска
- Извещение о ПВО/ПВР, подлежащим обязательной регистрации в соответствующие органы управления
- Проводится ли регистрация ПВО/ПВР (т.е. случаи, подлежащие регистрации)
- Наличие ежемесячного журнала регистрации и формы экстренных извещений (ф. 058У) и осуществление схемы оповещения в случае ПВО/ПВР
- Наличие комиссии по расследованию случаев ПВО/ПВР (акты расследования и протоколы заседания)
- Своевременность подачи результатов эпидемиологического расследования при случае регистрации ПВО/ПВР
- Показатель выполнения плана прививок по видам за последние 2 года по возрастам детей

8. Индикаторы по ведению диареи у детей до 5 лет в первичном звене здравоохранения

Внедрение клинического руководства по профилактике, диагностике и лечению диареи у детей до 5 лет в первичном звене здравоохранения

- Назначение оральных регидратационных средств (ОРС), знание инструкции по их применению
- Назначаются ли антидиарейные препараты (имодиум, лоперамид, смекта детям до 5 лет. Если да, то по какой причине?
- Практика применения при диарее антибиотиков без специальных показаний.
- Уровень знаний и навыков врача общей практики по оценке признаков опасности и обезвоживания у детей с диареей
- Изменение обычного режима кормления грудью и питания в период заболевания диареей
- Средняя длительность диарейных заболеваний

9. Индикаторы по ОРИ у детей до 5 лет в первичном звене здравоохранения

Внедрение клинического руководства по профилактике, диагностике и лечению ОРИ верхних и нижних дыхательных путей у детей до 5 лет в первичном звене здравоохранения при:

- острым ларингите, острым эпиглоттитом, острым обструктивным синдромом, острой пневмонией, острым мастоидитом, острым средним отитом, острым назофарингитом

Использованные случаи подчеркнуть, показать число использованных и результаты (выздоровление, улучшение, без перемен, направление в стационар, смерть)

Глава 10. «Репродуктивное здоровье»

Репродуктивное здоровье это состояние полного физического, ментального и социального благосостояния в вопросах функционирования репродуктивной системы, а не просто отсутствие болезней и недугов. (МКНР, 1994) В 1994 году в Каире прошла Международная конференция народонаселения и развития, где была разработана программа действия на 20 лет по народонаселению, репродуктивному здоровью и глобальным усилиям по искоренению нищеты. Также были даны определения понятиям РЗ и Репродуктивные права.

1. Что означает понятие «Репродуктивные права»?

Репродуктивные права

Основываются на признании фундаментального права всех пар и отдельных лиц на осуществлении независимого и ответственного выбора в отношении количества детей, которых они собираются иметь, временного промежутка между рожденьями детей и времени рождения будущего ребенка, а также на доступ к информации и средствам, необходимым для реализации такого выбора, равно как и на признании права каждого индивидуума на достижение самого высокого уровня полового и репродуктивного здоровья

2. По каким основным направлениям ведется работа по охране репродуктивного здоровья?

Основные направления в охране РЗ

- Безопасная беременность
- Безопасные роды
- Квалифицированная помощь в послеродовом периоде
- Предупреждение аборт и их осложнений
- Соблюдение интервала 2-3 года между родами
- Предоставление информации населению о современных методах контрацепции
- Меры по профилактике ИППП, диагностика, лечение; профилактика ВИЧ/СПИДа
- Предупреждение и лечение бесплодия
- Профилактика Рака и предраковых состояний
- Пропаганда грудного вскармливания
- Охрана материнства и детства
- РЗ подростков и их половое воспитание

Классификация методов контрацепции

Гормональная контрацепция

- Комбинированные оральные контрацептивы (монофазные и многофазные таблетки)
- Чисто прогестиновые таблетки
- Чисто прогестиновые инъекции
- Комбинированные инъекционные контрацептивы
- Гормонсодержащие внутриматочные спирали

Внутриматочные средства (ВМС)

- Инертные (петля Липса)
- Медьсодержащие (Купер Т380А)
- Гормонсодержащие спирали – Мирена

Метод лактационной аменореи- МЛА

Естественные методы контрацепции

- Календарный метод или метод ритма
- Метод измерения базальной температуры

- Метод исследования цервикальной слизи
- Симпто-термальный метод

Барьерные методы контрацепции

- Презервативы (женские и мужские)
- Диафрагмы
- Цервикальный колпачок
- Спермициды (химические средства инактивирующие сперматозоиды)– свечи, таблетки, крема, аэрозоли

Добровольная хирургическая стерилизация

- Женская стерилизация
- Мужская стерилизация (вазектомия)

Неотложная контрацепция

- Таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)
- Медьсодержащие ВМС

а. Перечень информации для консультирования по различным методам контрацептивных средств:

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Состав: эстроген+прогестин

Механизм действия:

- Подавление овуляции
- Сгущение цервикальной слизи, затрудняя проникновение сперматозоидов в матку
- Изменение эндометрия, препятствующие имплантации

Типы КОК:

- Моно фазные
- Двухфазные
- Трехфазные

Преимущества низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов:

- Очень эффективны при правильном использовании (Индекс Перля- эффективность ОК 0,1-0,8)
- Нет необходимости принимать какие-либо меры во время полового акта
- Больше удовольствия от секса, так как можно не беспокоиться о беременности
- Менструации регулярные: менструальные кровотечения менее обильные; продолжительность менструации короче; менструальные спазмы слабее и реже
- Можно использовать столько времени, сколько женщина хочет предохраняться от беременности. Перерыв в приеме не требуется
- Можно принимать в любом возрасте – от подросткового до менопаузы
- Можно принимать как рожавшим, так и не рожавшим женщинам
- Прекратить прием таблеток можно в любое время
- Фертильность восстанавливается вскоре после окончания приема таблеток
- Можно использовать в качестве неотложной контрацепции после незащищенного полового акта
- Предотвращает развитие железодефицитной анемии или уменьшать ее тяжесть

Неконтрацептивные свойства КОКов:

- Снижают риск развития:
 - Внематочной беременности
 - Кист яичников
 - Рака яичников и эндометрия
 - ВЗОМТ
 - Доброкачественных опухолей молочных желез

- Эндометриоза
- Альгоменореи, дисменореи

Недостатки КОКов (не являются симптомами заболевания):

- Тошнота (чаще всего в первые три месяца)
- Кровомазания или межменструальные кровотечения (чаще всего в первые три месяца), особенно если женщина забывает принимать таблетки или принимает их опозданием
- Слабо выраженные головные боли
- Болезненность молочных желез
- Небольшая прибавка в весе
- Аменорея
- Не рекомендуются кормящим матерям
- Не защищают от ИППП, ВИЧ/СПИДа

Правила приема таблеток:

- 1 по 5 день после начала менструации при условии регулярности менструального цикла
- В любое время, если женщина не беременна
- После прекращения грудного вскармливания или когда ребенку исполнится 6 месяцев
- В период от 3 до 6 недель после родов, если женщина не кормит грудью
- В течение первых 7 дней после выкидыша или аборта
- Немедленно - после прекращения использования другого метода контрацепции
- Если пропущена одна таблетка, немедленно принимать 1 таблетку, следующую таблетку принимать в обычное время
- При пропуске 2 таблеток, сразу принять 2 таблетки в один день или даже за один раз. Следующую таблетку принимать в обычное время

Противопоказания КОК:

- Венозные тромбоэмболические расстройства
- Поражения сосудов головного мозга
- Осложненные заболевания клапанного аппарата
- Артериальная гипертензия (АД 160/100 и выше)
- Очаговая мигрень
- Злокачественная опухоль молочной железы
- Опухоль печени и острые заболевания печени
- Декомпенсированный цирроз печени
- Диабет с сосудистыми осложнениями
- Курящие женщины больше 20 сигарет в день в возрасте старше 35 лет
- Кровотечения неясной этиологии

КОК является подходящим методом для женщин, которые:

- Нуждаются в высокоэффективном методе контрацепции
- Могут получить дополнительную пользу для здоровья от применения КОК. Речь идет о женщинах с:
 - анемией
 - внематочной беременностью в анамнезе
 - болезненными менструациями
 - рецидивирующими функциональными кистами яичников
 - ВЗОМТ
 - наличием рака молочной железы в семейном анамнезе

Очень обильные или продолжительные кровотечения:

- Низкодозированный КОК по 1 таблетке через 2 часа 6 раз в день
- На следующий день 5 таблеток
- На следующий день 4 таблеток
- На следующий день 3 таблетки

- На следующий день 2 таблетки
- На следующий день 1 таблетка
- Далее принимать по схеме с новой конвалютой, 1 таблетка 1 раз в день 21-28 дней после еды

Чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК)

Чисто прогестиновые таблетки: мини-пили, Фемулен, Овретт, Микронор, Экслютон, Микролют

Чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы: Депо-Провера (ДМПА), Нористерат, Дориксаз, Мегестрон

Прогестин содержащие ВМС: Лео-Нова (5лет), Прогестасерт (1год), Мирена (5 лет)

Состав: прогестин

Механизм действия:

- подавление овуляции
- изменение эндометрия, препятствующие имплантации (атрофия эндометрия)
- сгущение цервикальной слизи, затруднение проникновения сперматозоидов в матку

Преимущества ЧПТ

- ЧПТ очень эффективный в период грудного вскармливания (ЧПТ не влияют на количество и качество молока)
- Не увеличивает риск развития связанных с приемом эстрогена осложнений, как инфаркт или инсульт
- Риск развития связанных с прогестином осложнений, как угри и увеличение веса, при применении ЧПТ еще ниже, чем при применении КОК
- ЧПТ уменьшает риск развития: доброкачественных заболеваний молочных желез, рака эндометрия и яичников, ВЗОМТ
- Способ применения таблеток проще, чем способ применения КОК

Недостатки ЧПТ

- Межменструальное кровотечение, аменорея
- Головные боли и болезненность молочных желез
- Не защищает от ИППП, ВИЧ/СПИД

ЧПТ могут использовать женщины, которые:

- Не могут применять или не переносят КОК
- Кормят грудью
- Страдают диабетом
- Страдают ожирением
- Имеют повышенное А/Д
- Страдают мигренью или имеют в анамнезе эпизоды очаговой мигрени на фоне приема КОК
- Курящие
- Не имеют детей
- Старше 35 лет
- Недавно перенесшие аборт или выкидыш
- Железодефицитная анемия
- Варикозные вены
- Заболевания клапанов сердца
- Тяжелые, болезненные менструации
- Нерегулярные менструации
- Эндометриоз

Когда начинать принимать ЧПТ

- В любой день менструального цикла, если женщина не беременна

- Немедленно или в течение первых 5 дней после аборта или выкидыша
- Женщина, кормящая грудью может начать прием через 6 недель после родов
- Если не кормит грудью, в течение первых 6 недель после родов

Чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы (ЧПИК)

Преимущества ЧПИК

- Очень эффективный метод (0,3 беременности на 100 женщин в течение первого года использования)
- Конфиденциальность. Никто не знает, что женщина пользуется ДМПА
- Долгосрочное, но обратимое средство от беременности
- Не мешает половому акту
- Больше удовольствия от секса, так как можно не беспокоиться о беременности
- Не надо каждый день принимать таблетки
- Не влияет на качество и количество грудного молока

Особые преимущества

- Уменьшение менструальной кровопотери
- Уменьшение боли при менструации
- Предотвращение развития железодефицитной анемии
- Снижает риск развития внематочной беременности
- Снижает риск развития рака эндометрия и фибромы матки
- Лечение эндометриоза
- Снижает риск развития доброкачественных опухолей молочных желез

Недостатки ЧПИК

- Изменения характера менструальных кровотечений:
 - аменорея – 50%
 - обильные кровотечения - 60%
 - небольшие кровомазания или кровотечения - 70%
- Возможна прибавка в весе (1-2 кг в год)
- Задержка восстановления фертильности (пока в организме не снизится уровень ДМПА)
- Необходимо делать инъекцию каждые три месяца
- Иногда вызывает головные боли, болезненность молочных желез, перепады настроения, тошноту, выпадение волос, снижение полового влечения и появления угрей
- Не предохраняет от ИППП, ВИЧ/СПИД

Правила применения ДМПА

- В любое время, если женщина не беременна
- В течение первых 7 дней после начала менструации
- Через 6 месяцев после родов, если женщина кормит грудью
- Через 6 недель после родов, если женщина не кормит грудью
- Сразу после аборта

Симптомы, при возникновении которых требуется медицинская помощь

- Очень обильные вагинальные кровотечения (в 2 раза более продолжительные и обильные, чем обычно)
- Очень сильные головные боли, которые возникли или усилились после начала применения ДМПА
- Кожа и белки глаз приобрели необычно желтый цвет

Кровотечения наблюдающиеся, при использовании ДМПА

- Выскабливание полости матки не требуется
- Гормональный гемостаз (применение КОК)
- Встречная инъекция
- Индометацин (или другой НПВП) 500мгХ3 раза в день, но не аспирин

При очень обильных или продолжительных кровотечениях необходимо провести гормональный гемостаз по следующей схеме:

- Низкодозированный КОК по 1 таблетке через 2 часа 6 раз в день
- На следующий день 5 таблеток
- На следующий день 4 таблеток
- На следующий день 3 таблетки
- На следующий день 2 таблетки
- На следующий день 1 таблетка
- Далее принимать по схеме с новой конвалютой, 1 таблетка 1 раз в день 21-28 дней после еды

Внутриматочные средства (ВМС)

Виды ВМС

- Инертные ВМС (пластик, нержавеющая сталь):

Lippes Loop

- Медьсодержащие ВМС (пластика с медной проволокой): Copper T 380A, Nova T, Multiload 375

- Гормонвыделяющие ВМС: Progestasert, LevoNova, Мирена

Преимущества ВМС

- Очень эффективный метод (0,6-0,8 берем.на 100жен.)
- ВМС не мешают половому акту
- Долговременный метод
- Немедленное восстановление фертильности
- Медьсодержащие и инертные ВМС не влияют на количество и качество грудного молока
- ВМС не взаимодействует с какими-либо лекарственными средствами
- Снижают риск развития внематочной беременности. (Риск внематочной беременности ниже, чем у женщин, не использующих никакого метода планирования семьи)

Недостатки ВМС

- Для установки ВМС требуется гинекологический осмотр
- Не предохраняет от ИППП, ВИЧ/СПИД
- При наличии ВМС после перенесенной ИППП развитие ВЗОМТ более вероятно. ВЗОМТ могут привести к бесплодию
- Непосредственно после установки ВМС женщина может чувствовать боль
- Для вставления и удаления ВМС требуется специально подготовленный медработник
- ВМС не предохраняет от внематочной беременности
- Время от времени женщина должна проверять положение нитей ВМС
- Сильные спазмы и боли, продолжающиеся больше 3-5 дней после установки ВМС
- Обильные менструальные кровотечения или кровотечения между менструациями, которые могут способствовать развитию анемии
- Перфорация стенки матки (очень редкое явление при правильной установке ВМС)
- Смещение ВМС (частичная экспульсия)

Начало применения ВМС

- Любое время в течение менструального цикла, если женщина не беременна
- Во время менструации 1 по 5 день
- Сразу после родов (в течение 10 минут после выхода плаценты), в течение 48 часов, 6 недель после родов
- Если применяется МЛА, то через 6 месяцев после родов
- После аборта сразу при отсутствии инфекции

Противопоказания ВМС

- Рак матки, ш/м или яичников
- Врожденные дефекты или миома матки, деформирующий полость матки
- Хронические или часто рецидивирующие ВЗОМТ
- Рак молочной железы (для использования прогестин-содержащих ВМС)
- В анамнезе сепсис во время родов или после аборта
(до прохождения трех месяцев после полного излечения)
- Влагалищные кровотечения неясной этиологии
- Злокачественная форма трофобластической болезни
- Туберкулез половых органов
(до прохождения трех месяцев после полного излечения)

Естественные методы контрацепции

По признакам фертильности женщина учится определять начало и окончание фертильной фазы своего менструального цикла (*Фертильная фаза – это период времени, когда женщина может забеременеть*)

Методы определения:

- Календарный
 - Определение цервикальной слизи
 - Измерение базальной температуры тела
 - Симптоматический метод
 - Прерванный половой акт

Преимущества

- Физические побочные эффекты отсутствуют
- Недорого и бесплатно
- При наличии сильной мотивации могут использоваться большинством пар
- Немедленное восстановление фертильности
- Периодическое воздержание допускается некоторыми религиозными группами, которые отвергают или не поощряют другие методы
- Не влияют на грудное вскармливание
- Не имеют побочных эффектов
- Мужчины вовлекаются в процесс планирования семьи

Недостатки:

- Эффективный только до определенной степени (20 беременностей на 100 женщин в теч. 1 года использования)
- Требуется 2 или 3 менструальных цикла для того, чтобы научиться точно определять фертильную фазу
- Могут стать ненадежными или трудновыполнимыми, если у женщины высокая температура, вагинальная инфекция, если она кормит грудью
- Неэффективный для женщин с нерегулярным менструальным циклом
- Могут быть очень трудновыполнимы, если женщины больше одного партнера
- Не защищают от ИППП, ВИЧ/СПИДа

Календарный метод

- До начала использования этого метода женщина записывает число дней каждого менструального цикла в течение не менее 6 месяцев. День начала менструации всегда считается как день 1
- От количества дней самого короткого менструального цикла следует отнять 20. Полученное число – это первый день фертильной фазы. Затем от количества дней самого длинного менструального цикла надо отнять 10. Полученное число – это последний день фертильной фазы.

В течение фертильной фазы пара воздерживается от половых контактов, использует барьерный метод или прерванный половой акт

Определение цервикальной слизи

- Как только женщина обнаруживает выделения, пара начинает воздерживаться от половых контактов
- Через несколько дней характерные признаки выделений наиболее выражены («день пика») – они очень скользкие, тягучие и влажные. Пара продолжает воздерживаться от половых контактов или использовать барьерный метод, пока не пройдут 4 дня после «дня пика»
- Через несколько дней выделения становятся липкими, тестообразными. Пара может вступать в половые контакты до наступления менструации
- После прекращения менструации у женщины несколько дней может не быть выделений. В этот период половые контакты обычно считаются безопасными.

Пара должна воздерживаться от незащищенного полового акта, если нет точного определения, выделения ли это и каков их характер

Измерение БТТ

- Нужно измерять температуру одним и тем же способом (в прямой кишке или во влагалище), каждое утро
- В период овуляции температура тела женщины повышается на 0,2-0,5°C
- Пара должна воздерживаться от половых контактов, начиная с первого дня менструации и до момента, когда после повышения температура продержалась на повышенном уровне в течение 3 полных дней. Это означает, что овуляция началась и закончилась
- После этого пары могут заниматься незащищенным сексом до наступления следующей менструации

Симптоматермальный метод

- Пара начинает воздерживаться от незащищенного полового акта, как только женщина почувствовала цервикальные выделения
- Пара продолжает воздерживаться от незащищенного полового акта, пока не пройдут как 4 дня после пика цервикальных выделений, так и 3 полных дня после повышения температуры (БТТ)

Когда начинать

- Женщина или пара могут начать использовать методы, основанные на признаках фертильности, в любое время
- Сразу после родов или аборта. Как только прекратилось кровотечение после родов, можно начать использовать метод наблюдения за цервикальными выделениями. Календарный метод и метод измерения БТТ ненадежны

Барьерные методы

- Презервативы (мужские и женские)
- Диафрагма – мягкая резиновая чашечка, которая закрывает шейку матки. Следует использовать вместе со спермицидами
- Цервикальный колпачок – похож на диафрагму, но меньше по размерам
- Спермициды

Виды презервативов

- Латексные (тонкая резина)
- Пластиковые (виниловые)
- Натуральные (из слепой кишки ягненка)

Механизм действия

- Препятствует проникновению спермы во влагалище
- Защищают от ИППП, ВИЧ/СПИДа

Преимущества

- Защищают от ИППП, ВИЧ/СПИДа и беременности

- Способствует предупреждению заболеваний, вызванных ИППП: ВЗОМТ, хронические боли, возможно рак шейки матки, бесплодие у мужчин и у женщин
- Безопасный метод
- Можно прекратить использование в любое время
- Могут использоваться мужчинами любого возраста
- Легко получить или купить во многих местах
- Дают мужчине возможность взять ответственность за предупреждение беременности и ИППП на себя
- Повышают удовольствие от секса, так как можно не беспокоиться о беременности или ИППП
- Часто предупреждают преждевременное семяизвержение (эякуляцию)

Недостатки

- Относительно эффективно (2-12 ИП)
- Паре требуется время для того, чтобы надеть презерватив
- Могут снижать остроту ощущений, делая половой акт менее приятным для обоих пар
- Необходимо иметь презервативы при себе
- Плохая репутация. У многих людей презервативы вызывают ассоциации с аморальным сексом, супружеской изменой и сексом с проститутками
- Прочность презервативов может уменьшаться при долгом хранении, при хранении в теплом месте и на солнце или при использовании со смазкой на масляной основе

Проблемы, которые могут возникнуть при использовании презервативов:

- Аллергия на латекс: презервативы из латекса могут вызывать зуд, сильное покраснение и отечность
- Существует небольшая опасность того, что презерватив соскользнет или порвется во время полового акта

Спермициды

- Аэрозоли
- Пенообразующие вагинальные таблетки
- Свечи
- Растворимые плёнки
- Кремы
- Гели

Механизм действия:

Спермициды это химические средства (ноноксинол-9, октоксинол, менфегол и хлорид бензалкония), которые убивают сперматозоиды или останавливают их продвижение к яйцеклетке

Спермициды подходят парам, когда:

- Пара заинтересована в эффективном использовании спермицидов
- Фертильность женщины снижена за счет возраста и лактации
- Возможная беременность не является серьезной угрозой для здоровья женщины
- Есть желание использовать спермициды вместе с диафрагмой или презервативом

Преимущества

- Безопасный метод
- Предохраняет от некоторых видов ИППП
- Обеспечивает контрацепцию, только когда это нужно
- Не имеет побочных эффектов, свойственных гормональным методам
- Не влияют на грудное молоко
- Можно прекратить использование в любое время
- Легко использовать, попрактиковавшись немного
- Могут способствовать повышению увлажнения влагалища
- Можно использовать сразу после родов

Недостатки

- Средняя эффективность (3-21 беременностей на 100 женщин в первый год использования метода)
- Могут вызывать раздражение у женщины или ее партнера
- Могут вызывать местную аллергическую реакцию
- Необходимо всегда иметь под рукой
- Может вызывать ощущение неопрятности
- Вводятся во влагалище не позже чем за 10 минут и не раньше чем за 1 час до эякуляции
- Некоторые типы могут растворяться в жаркую погоду
- Могут вызывать ощущение тепла во влагалище
- Эффективный до 1-2 часа

Введение спермицида

- Вводится во влагалище перед каждым половым актом
- Вводится дополнительное количество спермицида перед каждым новым половым актом
- Нельзя спринцеваться в течение не менее 6 часов после полового акта

Добровольная хирургическая стерилизация

Женская: Лапароскопия, Лапаротомия, Минилапаротомия,

Мужская вазэктомия: Бескапельная вазэктомия

Механизм действия

При заблокированных фаллопиевых трубах яйцеклетки не могут встретиться со сперматозоидами

Преимущества

- Постоянный метод
- Эффективный (в первый год после операции - 1 берем. на 200 женщин)
- Не мешает половому акту
- Отдаленные побочные эффекты или риск для здоровья неизвестны
- Снижает риск развития рак яичников

Недостатки

- Иногда осложнения после операции:
 - Инфекция или кровотечения в месте разреза
 - Внутренняя инфекция или кровотечение
 - Повреждение внутренних органов
 - Риск, связанный с анестезией
- Очень редко – летальный исход в результате передозировки анестетика или других осложнений
- В редких случаях наступления беременности более высокий риск внематочной беременности, чем у женщин, не использующих контрацептивные средства
- По сравнению с вазэктомией женская стерилизация
 - Связана с несколько большим риском
 - Часто стоит дороже, если является платной услугой
- Не защищает от ИППП, ВИЧ/СПИД

Когда можно проводить стерилизацию

- Сразу после родов или в течение 7 дней после родов (только для процедуры минилапаротомии)
- Через 6 или больше недель после родов
- Сразу после аборта (в течение 48 часов)
- Если есть уверенность что женщина не беременна (6-13 дни, или первая фаза менструального цикла)

Противопоказания

- Заболевания желчного пузыря с симптомами
- Вирусный гепатит в активной форме

- Острая железодефицитная анемия (Hb <7г/дл)
- Острые заболевания легких
- Системная инфекция или выраженный гастроэнтерит
- Нарушение свертываемости крови

При следующих состояниях или заболеваниях примите меры предосторожности

- Эпилепсия или лечение противосудорожными препаратами
- Диабет без сосудистых заболеваний
- Гипотиреоз
- Легкая форма цирроза печени, опухоли печени
- Серповидно-клеточная анемия
- Врожденная анемия
- Заболевания почек
- Диафрагмальная грыжа
- Ожирение (женщина очень полная)
- Молодой возраст

Вазектомия

Механизм действия:

При вазектомии делается небольшой разрез на мошонке и блокируется оба канала, по которым из яичек движутся сперматозоиды. Таким образом, сперматозоиды не могут попасть в семенную жидкость

Преимущества

- Очень эффективный постоянный метод
(1 беременность на 700 мужчин в течение первого года после процедуры)
- Не мешает половому акту
- По сравнению с женской стерилизацией вазектомия:
 - немного безопаснее
 - более просто в исполнении
 - часто дешевле, если это платная услуга

Недостатки

- Распространенные незначительные осложнения сразу после хирургической операции
- Операция проводится специально подготовленным медработником
- Эффективность достигается не сразу. Как минимум при первых 20 эякуляциях после вазектомии в сперме могут находиться сперматозоиды
- Операция по восстановлению фертильности мужчин сложна, стоит дорого
- Не предохраняет от ИППП, ВИЧ/СПИД

Неотложная контрацепция (НК)

Контрацепция после незащищенного полового акта называется посткоитальным, или «контрацепцией на следующее утро»

Экстренные случаи для использования НК

- После полового акта по принуждению (изнасилование)
- Если порвался презерватив
- Если сместилось ВМС
- Если у женщины закончились оральные контрацептивы, а у нее были половые контакты без применения других методов контрацепции
- Если во время полового акта не использовалась контрацепция, а женщина хочет избежать беременности

Схема приема ТНК

Комбинированные таблетки (метод Юспе):

- Если после незащищенного полового акта прошло не больше 72 часов, женщина должна принять 4 таблетки низкодозированной КОК (Регивидон, Регулон, Ло феминал и тд.)

- Высокая эффективность (Индекс Перля – 2%)

Схема приема ТНК

Прогестиновые таблетки:

- Постинор (0,75 мг Левоноргестрела) - в течение 72 часа после незащищенного полового акта принимать 1 таблетку, еще 1 таблетку через 12 часов после первого приема
- Эксклютон (1,5 мг Левоноргестрела) – в течении 72 часа после незащищенного полового акта принимать 1 таблетку

Применение медьсодержащих ВМС для НК

- ВМС применяются в качестве НК не позднее 5-дней после незащищенного полового акта

Побочные явления

- Тошнота: обычно не превышает 24 часа
- Рвота: если рвота в течение 2-х часов после приема таблеток, то прием следует повторить
- Маточное кровотечение: кровянистые выделения после приема ТНК. Менструация наступит своевременно или раньше намеченного срока. При задержке менструации более, чем на 1 неделю, исключить беременность
- Прочие побочные эффекты: болезненность молочных желез, головная боль и головокружение

Метод лактационной аменореи

Алгоритмы МЛА

- Исключительное грудное вскармливание (кормить по требованию ребенка, кормить ночью и исключить с рациона дополнительную пищу)
- Менструация не возобновилась после родов
- Ребенку меньше 6 месяцев

Преимущества

- Эффективный (2 беременности на 100 женщин в первые 6 месяцев после родов)
- Обеспечивает ребенка наиболее здоровым питанием
- Защищает от диареи, от некоторых опасных заболеваний: корь и пневмония
- Способствует установлению близких взаимоотношений между матерью и ребенком

Недостатки

- Эффективность после 6 месяцев не гарантируется
- Не защищает от ИППП
- Если мать ВИЧ инфицирована, ВИЧ может передаваться ребенку через грудное молоко (риск передачи 7-22%)

Демографические показатели – индикаторы репродуктивного здоровья

Показатель $\frac{\text{количество живорожденных} \times 1000}{\text{Среднегодовое количество населения}}$
Рождаемости

Показатель рождаемости $\frac{\text{количество живорожденных за отчетный период} \times 1000 \times 12}{\text{Средн. Кол. населения} \times \text{количество месяцев отчетного периода}}$
За отчетный период =

$$\text{Показатель общей смертности} = \frac{\text{Количество умерших за год} \times 1000}{\text{Среднегодовое количество населения}}$$

$$\text{Показатель материнской смертности} = \frac{\text{Кол. Умерших женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде в теч 42 дней} \times 100\,000}{\text{количество живорожденных}}$$

$$\text{Показатель младенческой смертности} = \frac{\text{количество умерших детей до 1 года} \times 1000}{\text{количество живорожденных}}$$

$$\text{Показатель абортов На женщин фертиль.возраста} = \frac{\text{количество абортов} \times 1000}{\text{Количество женщин фертильного возраста}}$$

$$\text{Показатель абортов На жаворожденных} = \frac{\text{количество абортов} \times 1000}{\text{Количество живорожденных}}$$

$$\text{Показатель естественного прироста} = \text{показ. рождаемости} - \text{показатель общей смертности}$$

$$\text{Показатель общего охвата ЖФВ контрацептивными средствами} = \frac{\text{Общее количество пользователей состоящих на «Д» учете по различным методам контрацепции} \times 100}{\text{Количество женщин фертильного возраста}}$$