КРАТКИЙ ОТЧЕТ ФОРУМА

«Шаги к достижению ЦРТ 4-5 в Кыргызстане»

26-27 июня, 2014
Бишкек

Отчет Форума содержит тезисы докладов, обсуждений, фотографии Форума.

Документ опубликован при поддержке ЮНИСЕФ в сотрудничестве с Национальным центром охраны материнства и детства МЗ КР.

Материал подготовлен сотрудниками НЦОМиД Эшалиевой А.С., Израиловой А.С.
г. Бишкек, 10 октября 2014 г.

.

Содержание

Краткий обзор и предистория Форума.....4-5
1. День первый. Открытие Форума. Приветственные обращения.....6-7
2. Пленарное заседание. Основные доклады по проблемам охраны здоровья матери и ребенка, питанию женщин и детей в Кыргызстане.....8-17
3. Панельная секция I. Планирование семьи и антенатальный уход.....18-20
4. Панельная секция II. Совершенствование системы регионализации перинатальной помощи на уровне областей и районов КР.....21-22
5. Панельная секция III. Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения.....23-30
6. Панельная секция IV. Неотложная акушерская и неонатальная помощь.....30-33
7. Фото - обзор мастер - классов Форума.....34-36
8. Резолюция Форума.....37-40
9. Приложения:.....41-47
Программа конференции.....41-44
Организационный комитет Форума.....44
Список участников.....45-47

Краткий обзор и предыстория проведения Форума

Кыргызская Республика согласно глобальной оценке находится на пути к достижению ЦРТ 4 (сокращение детской смертности в возрасте до 5 лет на две трети в период с 1990 по 2015 гг.) благодаря реализации научно-обоснованных программ «Инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку» (ИБДОР), «Интегрированное введение болезней детского возраста», «Обогащение домашней пищи детей в возрасте 6-24 месяца», и внедрения в практику клинических протоколов в области эффективной перинатальной помощи, реанимации и ухода за новорождёнными.

Прогресс в достижении ЦРТ 5 (снижение на три четверти коэффициента материнской смертности) развивается медленно, хотя охране здоровья матерей в стране придается особое внимание путем внедрения программ по безопасному материнству, антенатальному уходу, неотложной акушерской помощи.

Под эгидой Национального центра охраны материнства и детства с целью обобщения важнейших проблем в охране здоровья матери и ребенка, консолидации и интеграции мероприятий 26 - 27 июня 2014 г. в г. Бишкек в Сити Отеле состоялся Форум «Шаги к достижению ЦРТ 4 - 5 в Кыргызской Республике».

Формат и основные темы предварительно обсуждались оргкомитетом Форума. Оргкомитет Форума возглавили министр здравоохранения Кыргызской Республики Д.З. Сагинбаева (председатель) и директор НЦОМиД, д.м.н., профессор К.А. Узакбаев (сопредседатель). По согласованию с партнерами по развитию в работе Оргкомитета приняли активное участие представители: ВОЗ, ЮНИСЕФ, GIZ, ЮНФПА, Швейцарского Красного Креста.

В процессе обсуждения было принято решение изменить форму стандартных научных конференций и провести Форум в формате панельных дискуссий по приоритетным направлениям Плана по ускорению прогресса ЦРТ 5 - планирование семьи и антенатальный уход, улучшение качества медицинской помощи, неотложной акушерской и неонатальной помощи, проблемы по выживанию матерей, инфекционный контроль в родовспомогательных учреждениях, вызовы в системе непрерывного медицинского образования. При этом координаторы здравоохранения на местах готовили презентации по единой форме, предложенной Оргкомитетом, в которой освещались основные показатели в области охраны материнства и детства, достижения и барьеры, и предложения по преодолению существующих проблем в регионе. В течение месяца до начала работы Форума Оргкомитет вел работу по уточнению деталей презентаций координаторов здравоохранения и идентификации проблем, на решение которых требуются усилия на национальном уровне. С учетом идентифицированных проблем и предложений координаторов здравоохранения разработан проект резолюции Форума, который уточнен и дополнен участниками Форума.

Особый акцент организаторами Форума был сделан на регионализации перинатальной помощи в Кыргызской Республике, на отсутствии четкой системы перенаправления, транспортно-консультативной службы, стандартов и критериев перенаправления. С учетом этого была выделена отдельная секция Форума, где координаторы областей представили для обсуждения проект модели перенаправления и обсудили существующие проблемы на местах.

Одной из важных тем Форума была секция по качеству медицинской помощи, где обсуждались перспективы перинатального аудита, перспективы наставничества в акушерстве и неонатологии, необходимые ключевые мероприятия по усилению потенциала анестезиологической и реанимационной службы в акушерстве, необходимость гармонизации инструментов мониторинга и оценки для обеспечения координации единой политики программ в области охраны материнства и детства.

Уделено большое внимание проблемам питания, пищевого статуса женщин и детей, поскольку болезни, связанные с недостаточным и нерациональным питанием, во многом

способствуют повышению заболеваемости и смертности и создают барьеры на пути к достижению ЦРТ 4 и 5.

Особо следует отметить идею проведения в рамках Форума мастер-классов для врачей, медсестер и акушерок, которые получили практическую возможность отработать свои навыки на манекенах: для анестезиологов и реаниматологов мастер-классы по спинальной, эпидуральной анестезии и работе с аппаратами ИВЛ, для неонатологов – тренинг по реанимации новорожденных, для акушеров-гинекологов - проведение вакуум-экстракции плода, технике при дистоции плечиков, мануальной вакуум-аспирации, установке внутриматочных спиралей.

Все предложения и идеи организаторов Форума были направлены на получение практических результатов от проведенного мероприятия, активного вовлечения областных координаторов по здравоохранению и ведущих специалистов в реализации дальнейших шагов намеченных во время открытых дискуссий и обсуждений.

В работе Форума приняли участие более 160 делегатов: областные координаторы здравоохранения, преподаватели ВУЗов, врачи всех регионов КР и ведущие ученые и специалисты из Германии, Литвы, Узбекистана и Российской Федерации.

День первый. Открытие Форума.

Приветственная речь директора НЦОМиД, д.м.н., профессора Узакбаева К.А.

Уважаемые коллеги! Дорогие гости Форума!

Важным направлением в стратегии достижения ЦРТ 4-5 является консолидация усилий многих секторов государства. При этом системный подход к улучшению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям остается приоритетным направлением здравоохранения, так как состояние здоровья и развития детей, уровень оказания медицинской помощи во время беременности и родов, показатели младенческой заболеваемости и смертности являются основными индикаторами социально-экономического благополучия страны.

В рамках нашего Форума будут рассмотрены наиболее важные проблемы, касающиеся здоровья матери и ребенка, регионализации перинатальной помощи, вопросов неотложной акушерской и неонатальной помощи, качества медицинских услуг и образования, питания женщин и детей. От имени оргкомитета поздравляю Вас с открытием Форума, выражаю искреннюю признательность гостям и коллегам за то, что нашли возможность принять участие в работе Форума! Желаю всем творческой атмосферы общения и плодотворной работы, направленной на укрепление здоровья женщин и детей!

Приветственная речь заведующего отделом образования, культуры и спорта Аппарата Правительства КР д.м.н., профессора Муратова А.А.

Уважаемые коллеги и гости Форума!

Разрешите сердечно поприветствовать участников и гостей Форума “Шаги к достижению ЦРТ 4-5 в Кыргызстане” от имени Аппарата Правительства и от себя лично, и пожелать плодотворной работы Форума.

Охрана здоровья матерей и детей - важнейшая задача любого государства и каждого гражданина, кому не безразлична судьба своего государства. И в этой связи, государственная политика нашей страны в сфере здравоохранения направлена на эффективное использование имеющихся ресурсов, системную и комплексную работу по внедрению современных технологий, повышению качества медицинских услуг, особенно в регионах.

К сожалению, в нашей стране показатели материнской и младенческой смертности остаются высокими, хотя за последние годы имеется устойчивая тенденция к их постепенному снижению. Достижение поставленных Целей развития тысячелетия по этим индикаторам, следовательно, остается проблематичным.

Особенно нас волнует высокий уровень материнской смертности в стране. Мы хорошо понимаем, что на уровень материнской смертности значительное влияние оказывают так называемые немедицинские факторы, такие как экономические и социальные условия, культурно-образовательные и другие причины. Но, все же решаюшим в предупреждении материнской смертности является эффективность работы системы здравоохранения на всех этапах оказания медицинской помощи матерям и детям.

Сегодняшний Форум, собравший ведущих ученых и специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка должен обозначить наиболее важные проблемы и препятствия, определить реальные точки приложения в достижении качественной медицинской помощи и укреплении здоровья. Форум – это площадка и уникальная возможность, где нужно обсудить не только достигнутые успехи, но и проблемы, которые требуют решения, ознакомиться с новейшими технологиями профилактики, диагностики, лечения болезней матерей и детей. А главное, в результате научно обоснованных дискуссий профессионалов удастся выработать эффективные подходы к решению многих проблем.

Надеюсь, что активное участие и профессионализм специалистов – участников Форума даст ожидаемые результаты. А рекомендации и предложения, подготовленные Форумом, будут востребованы на практике, послужат реализации масштабных общенациональных проектов, которые в совокупности будет способствовать укреплению здоровья наших матерей и детей и, следовательно, достижению страной Целей развития тысячелетия.

Желаю участникам и гостям Форума плодотворной работы и успехов!

Приветственная речь начальника УОМПиЛП МЗ КР Ешходжаевой А.С.
Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Сердечно приветствую участников и гостей Форума, который посвящен одному из важнейших направлений здравоохранения – охране здоровья женщин и детей и является отражением наших стремлений в достижении качественной медицинской помощи женщинам и детям.

Форум высоко оценивается специалистами и вызывает большой общественный интерес, так как в реализации Стратегии устойчивого развития страны до 2020 года, одним из наиболее важных направлений является повышение доступности и качества медицинской помощи, снижение материнской и младенческой смертности. Результаты работы Форума, собравшего сегодня ведущих специалистов нашей службы будут способствовать дальнейшему совершенствованию медицинской науки, реализации государственной политики в области охраны материнства и детства.

Желаю участникам и гостям Форума плодотворной работы, успехов в профессиональной деятельности, здоровья и благополучия!

Доклады пленарного заседания первого дня

ЦРТ 5: Стратегии улучшения выживания матерей в Кыргызской Республике

Ешходжаева А.С., начальник УОМПиЛП МЗ КР, г. Бишкек.

Декларация Целей развития тысячелетия (ЦРТ) определяет 2015 год, как год, в котором Цели развития тысячелетия или, во всяком случае, подавляющее большинство из них должны быть достигнуты.

Улучшение охраны материнства обозначено в ЦРТ 5. Особенностями ЦРТ 5 являются: (i) включение в 2003 г. в задачу 1 дополнительного индикатора «Доля беременных женщин с анемией»; (ii) принятие в 2012 г. задачи 2 «Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья». Это произошло в связи с утверждением новой Национальной программы реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы, где указанная задача с конкретными целями для достижения была прописана в качестве основных ожидаемых результатов программы по разделу «Здоровье матери и новорожденного». Таким образом, ЦРТ 5 является единственной целью, формулировка которой в Кыргызской Республике была расширена по сравнению с первоначальной.

Индикаторами для измерения достижения ЦРТ 5 являются:

- Коэффициент материнской смертности (на 100 тыс. живорождений);
- Доля родов в присутствии квалифицированного персонала;
- Доля беременных женщин с анемией;
- Доля женщин репродуктивного возраста, использующих контрацептивные средства.

Согласно результатам Глобальной оценки Кыргызская Республика входит в число 15 стран из 75 с высоким бременем заболеваний, которые стоят на пути к достижению ЦРТ к 2015 году. В прошлом году уровень показателя материнской смертности, по сравнению с 2012 годом, снизился на 24,1%, составив 38,2 на 100000 родившихся живыми (2012 г. – 50,3), т.е. в 2013 г. зарегистрировано 58 случаев материнской смертности против – 78 случаев в 2012 г. При этом хочется подчеркнуть, что сокращается разрыв между официальными статистическими данными и результатами выборочных исследований с хорошей доказательной базой, которые регулярно проводятся при поддержке международных организаций. Однако, темпы снижения показателя материнской смертности довольно низкие и высока вероятность того, что к 2015 г. наша страна не достигнет ЦРТ.

Пути снижения материнской смертности в Кыргызской Республике

- Приоритизация межсекторального подхода на уровне Правительства Кыргызской Республики для решения проблем по достижению ЦРТ 5
- Применение Структуры по ускорению прогресса ЦРТ 5 в Кыргызской Республике в целях координации межсекторального взаимодействия
- Интеграция Структуры по ускорению прогресса ЦРТ 5 в Национальную Программу Ден -Соолук
- Непрерывный обзор, анализ/отчетность и координация межсекторальных мероприятий по достижению ЦРТ 5

Общий процесс Структуры по ускорению прогресса ЦРТ 5 (MAF):

Шаг 1: Инвентаризация текущих интервенций, требующих ускоренной реализации – анализ ситуации, анкетирование фокус-группы (Бишкек, Ош, Талас), присвоение рейтинга каждому из факторов

Шаг 2: Определение и приоритизация препятствий (узких мест) - охрана репродуктивного здоровья, эффективный перинатальный уход (антенатальный уход, роды и послеродовый период), неотложная акушерская помощь

Шаг 3: Определение решений - задачи, конкретные мероприятия и пути решения проблем

Шаг 4: Разработка и выполнение плана по ускоренному продвижению реализации ЦРТ

Улучшение качества медицинских услуг

- Вовлечение МСУ и МСА (пересмотр закона о МСУ) в обеспечение базовых условий для безопасных родов (вода, электричество, канализация, отопление, дороги, транспорт)
- Инвестиции для улучшения инфраструктуры (строительство и оснащение перинатальных центров в гг. Бишкек, Ош), транспортно-консультативная система
- Постепенное сокращение коек в ГСВ/ФАП и реинвестирование в транспортные услуги
- Внедрение дифференцированного механизма оплаты труда специалистов по конечному результату - согласно уровню, объему и качеству услуг (КТУ, совершенствование КЗГ, ФОР)
- Повышение потенциала ассоциаций, КГМА и КГМИиПК по разработке и пересмотру клинических протоколов, делегирование полномочий среднему медперсоналу
- Обучение команды специалистов по НАП, повышение потенциала руководителей ОЗ по клиническому, лекарственному и финансовому менеджменту

Что сделано?

- Подготовлен окончательный вариант «Ситуационного анализа по проблемам материнской смертности», результаты обсуждены на семинарах по MAF, согласованы финальные главы ревизией международного эксперта, доработан План действий и представлен Агентствам ПРООН, МЗ КР
- Национальный план действий по Структуре ускорения ЦРТ интегрирован в Программу «Ден Соолук» на 2012 – 2016 гг., проведена оценка потребности финансирования, общий объем на 2013-2015 год составляет 957, 4 млн. сом, предполагаемый финансовый разрыв 143,6 млн. сом
- План действий MAF по ЦРТ 5 Кыргызстана представлен на сессии совета руководителей ООН в ноябре 2013 г., в мае 2014 г. на национальном уровне.

КРМС в Кыргызской Республике.

Аскеров А.А., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМА.

Смерть в результате беременности… Зачастую, это трагический финал череды событий в жизни женщины, попирающих ее права. Женщины умирают не в результате неизлечимых болезней. Они умирают потому, что обществу еще предстоит понять, что жизнь женщины стоит того, чтобы ее сохранить.

Конфиденциальный анализ случаев материнской смерти в Кыргызской Республике за 2011-2012 гг.

- выявление реальных причин медицинского и немедицинского свойства, ведущих к случаям материнской смертности
- научная оценка, основанная на доказательствах, случаев материнской смертности, с установлением факторов недостаточного ухода на различных уровнях
- составление реалистичных рекомендаций по повышению качества обслуживания беременных женщин, рожениц и родильниц в КР, а также мониторинга внедрения данных рекомендаций.
- межсекторальное участие в процессе внедрения рекомендаций КРМС

Барьеры по КРМС

- Низкая приверженность руководства, недостаточное признание методологии
- Некачественное представление клинической информации, анамнеза,
- Трудности интервьюирования – особенно 13 раздела
- Нет адекватной технической поддержки (компьютерные ресурсы для копирования и распечатки, мобильная связь)
- Низкое качество патологоанатомического исследования
- Рост случаев материнской смерти
- Выполнение рекомендаций и отчета
- Обсуждение и распространение отчета

10 основных рекомендаций

- Основной упор персоналу направить на овладение навыками по экстренным ситуациям. Акушеркам знать и применять алгоритм действий при НАП в случае отсутствия врача.
- Совершенствовать ургентную службу. Необходим учебный курс транспортно-консультативной помощи. Создание специальных бригад.
- Проводить мониторинг готовности родовспомогательных учреждений к оказанию ургентной помощи.
- Иметь запас препаратов крови в ОЗ. Снизить акушерские вмешательства, увеличивающие риск акушерских кровотечений и септических осложнений. Пересмотреть отношение к операции кесарева сечения и индукции родов. Всесторонне информировать пациента о возможных рисках.
- Учитывая наркозный риск ИВЛ при высоком А/Д, внедрение проводниковой анестезии может быть существенным резервом в снижении случаев материнской смертности от преэклампсии.
- Необходимо издать национальные руководства по сепсису, затяжным\обструктивным родам, индукции родов, кровотечениям для всех уровней здравоохранения, ведению беременности и родов у женщин с диабетом или пневмонией.
- Обеспечить доступность безопасного и анонимного аборта. Создать возможность предоставления услуг по медикаментозному аборту в государственных учреждениях родовспоможения по доступной и реальной цене.
- Пересмотр нормативов по НАП с определением ответственности различных служб вовлеченных при материнских осложнениях.
- Совершенствовать паталогоанатомическую службу, обеспечить независимость ее проведения. Повысить качество паталогоанатомических вскрытий.

Акушерские кровотечения. Современные подходы к лечению и профилактике.

Мусуралиев М.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 КГМА.

Массивные акушерские кровотечения (МАК) являются основной причиной гибели женщин в акушерской практике, и потери детородной функции (гистерэктомии), входят в «большую пятерку» причин материнской смертности, составляя в общей структуре 25-30% (ВОЗ). В итоге более 2/3 всех МАК обусловлены нарушением состояния системы гемостаза, то есть являются первично коагулопатическими как проявление ДВС-синдрома.

Проблемы: отсутствие единого подхода к лечению послеродовых коагулопатических кровотечений не позволяет использовать все потенциальные возможности инфузионно-трансфузионной терапии для реализации органосохраняющей тактики и приводит к преждевременным радикальным хирургическим вмешательствам для достижения гемостаза.

В настоящее время терапия МАК включает

- Лечение атонии матки (массаж матки, эргометрин, окситоцин и аналоги простагландинов)
- Хирургическое вмешательство включает тампонаду или сдавление (давящие швы), лигирование артерий и селективную рентген эндоваскулярную эмболизацию (ЭМА)
- Последнее средство – гистерэктомия
- К сожалению, все эти методики ассоциированы со значительными побочными эффектами
- Указанные мероприятия не только зачастую несут в себе риск, но также часто являются недостаточно эффективными...

Традиционным подходом к ведению пациенток с патологией прикрепления плаценты, сопровождающейся МАК - сохранение жизни женщины:

- орган уносящая операция: суб- и тотальная гистерэктомия при сформированной шейке матки при отсутствии нарушений свертываемости крови
- экстирпация матки с перевязкой a.iliaca interna при массивном кровотечении, несформированной шейке матки, ДВС-синдроме

Медицинская технология

- За последние 10 лет пересмотрена тактика инфузионно-трансфузионной терапии при кровотечениях и предложены принципиально новые трансфузиологические подходы.
- Современная трансфузионная тактика предусматривает отказ от использования цельной крови и переход к компонентной терапии.
- Наряду с применением компонентной терапии использование растворов гидроксиэтилированного крахмала, селективных и неселективных ингибиторов фибринолиза позволяет реализовать органосохраняющую тактику при массивных кровотечениях в акушерской практике.

Таким образом, в условиях оказания ургентной помощи, при своевременной диагностике риска и/или верификации коагулопатии, процедура перевязки артерий (ПВПА) являются доступным методом, и может выступать в качестве альтернативы гистерэктомии и существенно снизить частоту тяжелых кровотечений и материнской смерти. Необходимо проведение практического обучения по технике перевязки артерий (ПВПА) совместно с кафедрой сосудистой хирургии.

Питание женщин и детей в КР.
Приоритеты Программы продовольственной безопасности и питания.

Мамырбаева Т.Т., д.м.н., доцент, заместитель директора НЦОМиД по науке.

Репрезентативными исследованиями последних лет определена истинная распространённость болезней и патологических состояний, обусловленных дефицитом основных питательных веществ в рационе детей и взрослых:

- железодефицитная анемия (у 34,2% женщин),
- дефицит фолатов (у 42% небеременных женщин),
- йододефицитные заболевания (у 61,6% беременных женщин),
- избыточная масса тела и ожирения (у 35,7% женщин),
- недостаточная масса тела среди женщин (у 7,3%).

Последствиями нерационального, преимущественно дефицитного питания являются:

- врожденные пороки развития, выкидыши, мертворождения, бесплодие у женщин,
- задержка когнитивного развития у детей, кретинизм, потеря памяти у взрослых,
- неизлечимые хронические язвы, рецидивирующие болезни, выпадение волос, нарушение остроты вкуса, слепота и др.
- злокачественные опухоли.

В последние годы четко обозначилась другая проблема – проблема избыточной массы тела и ожирения, связанная с нерациональным, преимущественно избыточным употреблением высококалорийной, но относительно низкой биологической ценности пищи. По результатам МДИ 2012 года в КР каждая третья женщина детородного возраста, а старше 49 лет более 70% женщин страдают избыточной массой тела или ожирением. При этом следует отметить, что значительно сократились объемы производства и растет снижение доходов населения. Относительно уровня 1990 года в 2012 году потребление мяса сократилось на 16 кг (29,3%), молока – на 51 кг (19,2%), яиц – на 73 штуки (47,5%), рыбы и рыбопродуктов – на 5 кг (71,4%), сахара – на 17 кг (45,9%). Таким образом, среднефизиологические нормы на душу населения удовлетворены в мясе на 62,6%, яйцах – на 44,1%; рыбе и рыбопродуктах – на 20%; сахаре – на 76,9%; фруктах и ягодах – на 23,5%. Дефицит потребления указанных продуктов восполнялся за счет значительного превышения уровня потребления хлебобулочных изделий – на 64,3%, овощей и бахчевых – на 32,8%, растительного масла – на 20% и молока – 7,4%. В 2012 году калории от потребления продуктов животного происхождения составили 284,7 ккал, что составляет 13% от фактического потребления (2187,8 ккал) при принятом в стране 55%.

Между тем доказано, что избыточная масса тела и ожирение связано с ростом заболевания сердечнососудистой системы, сахарным диабетом II типа, проблемами костно-суставного аппарата, а у детей еще и психоэмоциональными расстройствами.

Министерством здравоохранения КР и смежными министерствами и ведомствами, бизнес-сектором проводится определенная работа по решению проблем, связанных с питанием, а именно: обогащение муки, йодирование соли, обогащение домашней пищи детей витаминно-минеральным комплексом «Гулазык», пропаганда грудного вскармливания, информирование и обучение населения по вопросам питания, профилактики анемии, йододефицитных заболеваний и другие. Приняты соответствующие законы КР, приняты технические регламенты.

Но, мероприятия не достигли в полном объеме поставленных целей, поскольку существует ряд проблем.

Проблемы:

- отсутствие Института питания;
- низкий профессиональный потенциал по питанию;
- отсутствие политики и программного планирования по питанию;
- скудные инвестиции в программы по питанию и контролю;
- безуспешность обучения вопросам питания в плане изменения поведения на уровне сообщества из-за нехватки соответствующих обучающих материалов, кадрового потенциала, политики в области информирования населения;
- ограниченная концепция продовольственной безопасности, игнорирующая важность разнообразия пищевого рациона, адекватное потребление микронутриентов;
- существующая система отслеживания индикаторов продовольственной безопасности в Кыргызстане не позволяет наиболее полно охарактеризовать структуру питания, поскольку даже сбалансированное потребление калорий, белков и жиров не исключает недоедание.

Программа по улучшению продовольственной безопасности и питания

Цель программы: обеспечить каждому гражданину благоприятную среду для потребления адекватно разнообразного и достаточной калорийности рациона питания (2300-2900 ккал/сутки на душу населения) для снижения распространенности нарушений питания/недоедания, и связанных с ними заболеваний, среди населения Кыргызской Республики.

Приоритетные направления

- Создать институциональные условия для устойчивости национальной политики в использовании населением питания, соответствующего физиологическим потребностям.
- Обеспечение разнообразия пищевого рациона, адекватного потребления микронутриентов и других жизненноважных компонентов пищи для ликвидации нарушений питания (в т.ч. недоедания), и связанных с ними заболеваний.
- Формирование у населения устойчивого спроса на здоровые продукты питания путем предоставления исчерпывающей информации об адекватном разнообразии пищевого рациона, важности микронутриентов и других жизненноважных компонентов пищи для сохранения и укрепления здоровья.
- Улучшение системы отслеживания индикаторов продовольственной безопасности и питания.

Микронутриентная недостаточность среди женщин и их детей: пути решения.

Бообекова А.А., к.м.н., главный специалист УОМПиЛП МЗ КР

Самыми распространенными формами микронутриентной недостаточности среди детей и женщин является дефицит железа, йода, фолиевой кислоты. Распространенность анемии среди женщин детородного возраста в КР такая же, как в Азербайджане и, ниже, чем в Туркменистане (47% в 2000 г.), но выше, чем в Армении (25% в 2005 г.) и в Молдове (28% в 2005 г.).

По данным МДИ в КР каждая третья женщина детородного возраста страдает анемией, при этом наиболее высокие показатели среди женщин Иссык-Кульской и Таласской областей.

Каждая вторая женщина детородного возраста страдает от дефицита фолатов. Только 37% женщин принимают фолиевую кислоту во время беременности. Самые высокие

проценты женщин, принимавших фолиевую кислоту, наблюдаются в Иссык-Кульской области и в г. Бишкек (по 47%) и самый низкий в Баткенской области (17%). При этом врожденные пороки развития в республике занимают третье место среди причин младенческой смертности (12,6%), а аномалии нервной трубки - первое место среди всех пороков развития, имея тенденцию к росту в течение последних 10 лет. По данным РНЦРЧ 40% всех пороков развития занимают пороки развития ЦНС.

Другой проблемой, которая осложняет состояние здоровья женщин, является избыточная масса и истощение. В возрасте от 20 до 39 лет, избыточную массу тела имеют почти каждая вторая женщина, старше 40 лет – более 70%, за последние 15 лет, распространенность ожирения среди женщин детородного возраста возросла с 9% до 36%.

56% матерей кормят своих детей исключительно грудью до 6-ти месяцев, что является хорошим достижением. Но, к сожалению, с каждым месяцем процент ИГВ быстро снижается, и к концу первого месяца этот показатель снижается до 75%, а к 5 месяцам – до 38%.

Самые лучшие результаты в отношении снижения неонатальной смертности дают сбалансированное питание матерей до и во время беременности, раннее начало кормления грудью, исключительно грудное вскармливание (ИГВ) и прием фолиевой кислоты. Среди интервенций в отношении детей опять же на первом месте ИГВ, затем грудное вскармливание (ГВ) и надлежащий прикорм.

Таким образом, в условиях ограниченных ресурсов нашей страны, внедрение практик, не требующих капитальных вложений, т.е. ИГВ, ГВ и прикорм, или малозатратных методик, таких как обогащение продуктов питания, саплементация железа и фолиевой кислоты, применение цинка при диарее у детей позволит значительно снизить показатели смертности детей и улучшить показатели здоровья наших матерей.

Единственной успешной программой в Кыргызстане является йодирование соли. Ведется контроль качества йодирования, проводится большая работа по информированию о пользе йодированной соли. Но, из-за ограниченности средств после 2007 г. не проводились исследования по оценке биологических индикаторов, т.е. обеспеченности беременных женщин и подростков в возрасте 10-11 лет по содержанию йода в моче.

Проблемы: высокий уровень бедности, нерациональное питание, неудовлетворительные знания по питанию; ограниченный доступ к безопасной питьевой воде, низкий уровень гигиены/санитарии; отсутствие национальной стратегии по борьбе с микронутриентной недостаточностью; социальных программ для уязвимых слоев населения; недостаточные инвестиции в сферу улучшения качества питания; отсутствие координирующего органа по мониторингу за обогащением продуктов питания.

Выводы

- Стратегия по улучшению качества питания населения КР на период 2014-2017 годы
- Необходимо расширить мероприятия по профилактике микронутриентной недостаточности среди женщин детородного возраста
- Разработать план мероприятий по профилактике ожирения
- Обеспечить надлежащее внедрение и мониторинг инициативы Больниц доброжелательного отношения к ребенку (БДОР).

ИНТЕРВЕНЦИИ В ОТНОШЕНИИ МАТЕРЕЙ	Прагматический охват*. Число предотвращенных смертей в год (%)	Всеобщий охват. Число предотвращенных смертей в год (%)
Сбалансированные белковые добавки	14 (0,4)	67 (2,0)
Питание, обогащенное железом и фолиевой кислотой	5 (0,2)	31 (0,9)
Прием фолиевой кислоты матерями	6 (0,2)	30 (1,0)
Раннее начало кормления грудью	32 (0,9)	52 (1,6)
Исключительно грудное кормление	28 (0,8)	89 (2,8)
ИНТЕРВЕНЦИИ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ		
Исключительно грудное вскармливание	20 (2,2)	67 (7,4)
Грудное вскармливание	10 (1,1)	23 (2,6)
Надлежащий прикорм	12 (1,4)	31 (3,4)
Добавки витамина А	5 (0,6)	5 (0,6)
Чистая вода, санитария и гигиена	9 (1,0)	9 (1,0)
Обогащение пищи цинком	2 (0,3)	10 (1,1)
Применение цинка для лечения диареи	11 (1,2)	9 (1,0)

Питание при чрезвычайных ситуациях.
Нажимидинова Г.Т., к.м.н., доцент кафедры МВШМ МУК.

Общие проблемы в области питания детей раннего возраста в чрезвычайных ситуациях

1. Отсутствие комплексной программы по питанию при чрезвычайных ситуациях.
2. Неспособность принять меры по реализации и исполнению Кода по детскому питанию – молочные смеси до сих пор поступают в больших количествах при чрезвычайных ситуациях.
3. Не налажена система закупок, планирования и распределения молочных смесей для детей, лишенных грудного молока.

Приоритетные мероприятия

- Готовность и планирование к чрезвычайным ситуациям на всех уровнях – принятие политики по питанию при чрезвычайных ситуациях.
- Усилить местный потенциал по питанию при чрезвычайных ситуациях.
- Защита, восстановление и поддержка грудного вскармливания.
- Предупреждение и контроль гуманитарных поставок детского питания. Обеспечение адекватного вскармливания детей, лишенных материнского молока.
- Обеспечить доступность и применение прикорма и добавок, соответствующих возрасту ребенка.
- Обеспечить интегрирование консультирования по вопросам питания детей раннего возраста в программы оказания помощи в чрезвычайных ситуациях.

Разработать/адаптировать руководство, учебные и коммуникационные материалы по питанию детей в чрезвычайных ситуациях.

Результаты мониторинга реализации Законов КР в области питания.
Артыкбаева Ж.К., специалист ЦМиО НЦОМиД.

Законы КР по питанию **-** *«Об обогащении муки хлебопекарной», 2009 г., «О профилактике йододефицитных заболеваний», 2000 г., «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей»**, 2008 г.*

Мониторинг 2014 г. География исследования: г. Бишкек, Чуйская область.

Целевые группы: представители торговых точек, женщины, имеющие детей в возрасте до 1 года, местные администрации и организации самоуправления, работники школ, детсадов, больниц, пекарней.

Методы*:* структурированные интервью, наблюдение, экспресс-тесты для определения йода в соли, фотографирование/

Вскармливание детей в возрасте до 12 месяцев

- Среди тех, кто ввел своим детям докорм, 73% докармливают детей несколько раз в день
- 45% матерей использовали в качестве докорма промышленные смеси
- Чаще всего для кормления используются продукты компаний Nestle (25,9%) и Агуша (16,7%)
- 66,7% матерей при выборе продукта из ЗГМ основывались на рекомендациях врачей

Рынок ЗГМ (заменителей грудного молока) представлен 10 компаниями, производящими продукты ЗГМ:

- 21 вид ЗГМ компании Nestle
- 23 вида ЗГМ компании Nutricia
- 19 видов ЗГМ компании Infa Prim
- 7 видов ЗГМ компании Heinz

На рынке обнаружена продукция, поставляемая в КР из 7 стран.

Разработано

- руководство по проведению низкозатратной модели мониторинга «Мониторинг мероприятий по защите населения от дефицита витаминов и микроэлементов»
- проведен 5-дневный тренинг в г. Бишкеке и г. Ош «Усиление потенциала неправительственного сектора в питании», обучены 36 человек из 23 НПО

Наиболее распространенные нарушения переваривания и всасывания в раннем детском возрасте. *Комарова О.Н., к.м.н., НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», г. Москва, РФ.*

В докладе рассматривались наиболее распространенные нарушения переваривания и всасывания в раннем возрасте. Важно, диагностируя функциональные нарушения пищеварения, не упустить настораживающие симптомы. К ним относятся: отсутствие прибавки массы тела, гипотрофия, болезненность при пальпации, пассивное напряжение брюшной стенки, отеки, кровь в испражнениях и рвотных массах, лихорадка, изменения показателей крови (анемия, лейкоцитоз, СОЭ). Подчеркивалось, что нарушение процессов переваривания и всасывания взаимосвязано с изменениями состава микрофлоры, состава внутренней среды кишечника и нарушениями моторики.

Под мальабсорбцией понимают комплекс клинических проявлений, возникающих в результате нарушений полостного, пристеночного, мембранного пищеварения, транспортных механизмов в тонкой кишке, приводящих к изменению обмена веществ. С патогенетических позиций при мальабсорбции можно выделить нарушения переваривания белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов и электролитов. Подробно рассмотрены причины различных вариантов мальабсорбции, в частности лактазной недостаточности.

Панельная секция I.
Планирование семьи и антенатальный уход

Текущая ситуация в области планирования семьи и доступа к ресурсам в КР.
Максутова Э.М., к.м.н., зав. «Брак и семья» НЦОМиД.

Представлен анализ ситуации в области планирования семьи и доступа к ресурсам. Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден - Соолук» на 2012-2016 гг. взяла курс на приоритезацию охраны матери и ребенка и вопросы планирования семьи. Ожидаемые результаты: на 10% повышен охват женщин фертильного возраста, использующих современные методы планирования семьи к 2016 г., внесение предложений по включению контрацептивов в закупку бюджета, реальное исполнение ДОП пакета, реальное исполнение ПЖЛВС и информированность.

Текущая ситуация по реализации Дополнительной программы ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне и программы льготного обеспечения лекарственными средствами по ПГГ.
Исакова Г.Ж., зам. начальника Управления реализации программ медицинского страхования ФОМС при Правительстве КР.

С 2000 года действует льготная программа лекарственного обеспечения по Дополнительной программе ОМС для застрахованных граждан, с 2006 года лекарственное обеспечение льготной категории больных социально-значимыми заболеваниями по Программе госгарантий. Программы направлены на обеспечение доступности лекарственных средств. Основной принцип работы программ – это оплата пациентом части стоимости приобретаемого медикамента, другая часть возмещается из государственных средств. Льготное лекарственное обеспечение работает в 2–х направлениях. Первая - направлена на обеспечение определенными лекарствами застрахованных граждан по Дополнительной программе ОМС, вторая - это лекарственное обеспечение льготной категории больных социально-значимыми заболеваниями по Программе госгарантий.

Основной принцип работы программ – это рецептурный отпуск лекарственных средств, реализуемых в рамках данных программ и оплата пациентом части стоимости приобретаемого медикамента, другая часть возмещается из государственных средств.

Ситуация с поставками, хранением, распределением и использованием контрацептивных средств в КР на основе ИСУЛ и CHANNEL.
Мурзакаримова Л.К., директор РМИЦ КР.

Постоянное наличие доступных и хорошего качества товаров (медоборудование, лекарства, вакцины, контрацептивы, лабораторные тесты и т.д.) необходимо для обеспечения безопасности товаров, в т.ч. и в области репродуктивного здоровья. Надлежащее управление потоками товаров имеет важнейшее значение

для успешного функционирования общественного здравоохранения с точки зрения обеспечения наличия товаров, приведения к минимуму случаев нехватки каких-либо товаров.

Применение компьютеров и компьютерных программ в складских помещениях оказали неоценимую помощь в организации надлежащей практики управления и отчетности в области снабжения товаров, в т.ч. и товаров репродуктивного здоровья.

По «CHANNEL» – программа для управления запасами медицинских товаров на складе.

Преимущество: проста и удобна в пользовании, не требует специального образования, *позволяет* управлять любым количеством и видом товаров, в частности контрацептивами, основными лекарствами, вакцинами и медицинскими материалами, ввод минимального количества данных позволяет получить большой объем информации, эффективна при регулярном поступлении товаров репродуктивного здоровья.

Общий рыночный подход к обеспечению универсального доступа к современным методам контрацепции.

Чиркина Г.Э., исполнительный директор АРЗ.

Общий рыночный подход (ОРП) по определению UNFPA – это правительственная координация и поддержка государственных и частных партнеров для использования их сравнительных преимуществ в целях обеспечения равноправного и устойчивого развития услуг по планированию семьи. МЗ КР должно находиться во главе этого процесса, чтобы координировать тех, кто оказывает услуги по планированию семьи в стране (государственный, частный и НПО); это повысит доступ нуждающихся к услугам, а также улучшит финансирование этих услуг. Данный подход позволяет сфокусироваться на нуждах социально незащищенных, и тех людей, которые по той или иной причине не получают должного обслуживания.

Заключение рабочей группы по анализу предпосылок перехода на ОРП

Ограничение доступа к контрацептивам, особенно уязвимых групп, является одним из высоких факторов, влияющих на показатели материнской и младенческой смертности, рост показателей распространенности абортов и др.

- Правительству необходимо приоритезировать вопросы планированию семьи и доступа к ресурсам через национальные программы, в том числе при поддержке партнеров по развитию и использовать принципы ОРП.
- С этой целью нужно создать межведомственную группу при правительстве КР и разработать план перехода страны на самостоятельную закупку контрацептивов.
- Предусмотреть в бюджете страны средства на социальные программы способствующие повышению информированности населения и доступу к средствам планированию семьи.

Не определена категория лиц имеющих возможности получения контрацептивов на бесплатной основе при поддержке госбюджета.

Низкий уровень знаний и навыков провайдеров услуг (семейных врачей, фельдшеров, специалистов кабинетов укрепления здоровья, родильных домов и территориальных больниц) по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи. МОиН, МЗ усилить обучающую программу по до- и постдипломной подготовке кадров по вопросам планирования семьи, для обеспечения качества консультирования населения на всех уровнях оказания мед помощи.

Правительству необходимо определить механизмы координации и обмена информацией между государственными и другими социальными проектами и программами, обеспечивающими доступ к средствам планирования семьи.

Качество оказания медицинской помощи на уровне ПМСП. Результаты второй страновой оценки.

Акматова Б.А., ассистент кафедры КГМИПиПК.

Целью оценки явилось содействие работникам и руководителям ОЗ, Министерству здравоохранения и международным партнерским организациям в проведении однородной и достоверной оценки перинатальных услуг, предоставляемой на уровне ОЗ, выявление основных сфер, нуждающихся в улучшении, планирование мероприятий по улучшению качества на местном и национальном уровнях.

Обобщенные данные оценки, включающего результаты и рекомендации, представлены Министерству здравоохранения, партнерским организациям.

Презентация клинических протоколов по антенатальному уходу и планированию семьи.

Болоцких И.В., ассистент кафедры КГМИПиПК, Акматова Б.А., к.м.н., ассистент кафедры КГМИПиПК.

Представлены пересмотренные клинические протоколы по антенатальному уходу, сборник клинических протоколов для провайдеров услуг по планированию семьи, краткое содержание и структура клинических протоколов. Даны отличия в протоколах по физиологической беременности, многоплодной беременности, категории состояний, которые влияют на допустимость применения отдельных методов контрацепции.

Адьювантные методы терапии лейомиом матки у женщин репродуктивного возраста.

Салиева Ж.К., научный сотрудник, НЦОМиД.

Длительное время считалось, что бессимптомную лейомиому матки ввиду доброкачественности процесса лечить не нужно. Однако пассивное наблюдение в данных случаях является неправильной тактикой, рано или поздно неминуемо ведущей к операции.

Показания к эмболизации маточной артерии – менометроррагии, размеры опухоли более 12 нед. в репродуктивном возрасте и более 16 нед. у женщин старше 45 лет, при наличии симптомов сдавления соседних органов, быстрый рост опухоли, особенно в период климактерия, субмукозный узел, интралигаментарное расположение узла, приводящее к сдавлению нервных сплетений и болевому синдрому, шеечно-перешеечное расположение узлов, бесплодие с наличием миомы, независимо от ее размера, в качестве адьювантной терапии перед консервативной миомэктомией.

Преимущества эмболизации маточной артерии - снижение риска анестезиологических и тромбоэмболических осложнений, минимизация кровопотери, отсутствие большой раневой поверхности, процессов рубцевания, спаечного процесса, уменьшение сроков госпитализации и нетрудоспособности.

В последние годы проведено большое количество исследований по эффективности применения ЭМА при наличии заинтересованности в беременности. Доказана эффективность метода в ситуациях, когда миомэктомия была невозможна, и в случаях, когда ЭМА выполняли при возможности сделать миомэктомию.

Панельная секция II.
Совершенствование системы регионализации перинатальной помощи на уровне областей и районов КР

В секции представлены и обсуждены доклады координаторов областей по модели перенаправления, проблемах имеющихся на местах, состоянии и готовности к оказанию НАП.

Регионализация перинатальной помощи в Кыргызстане.
Узакбаев К.А., д.м.н., профессор, директор НЦОМиД.

Основные принципы регионализации включают географическое расположение, человеческие ресурсы, медико-технологическая и материальная доступность, коммуникационная доступность, доступность вмешательств, основанных на доказательной медицине.

В соответствии с уровнем риска групп пациентов уровень перинатальных потерь должен быть самым высоким в перинатальных центрах, ниже – в родильных учреждениях второго уровня, и еще ниже – в родильных учреждениях первого уровня.

- Регионализация требует стандартизации оказания услуг.
- В регионах должны быть отработаны алгоритмы коммуникации, направления и перевода пациентов, основанных на национальных нормативных документах и клинических протоколах.
- Регионализация требует командной работы на уровне региона с участием всех ЛПУ и органов управления здравоохранения разных уровней.
- НЦОМиД определен третичным уровнем оказания медицинской помощи, однако он не отвечает требованиям, предъявляемым к организациям здравоохранения такого уровня по финансированию, обеспечению современным медицинским оборудованием и лекарственными средствами.
- Сегодня в нашем деле нужна поддержка со стороны государства, органов местной администрации и активная поддержка наших партнеров по развитию.

На этом форуме заключительной частью будет обсуждение проекта приказа по направлению и перенаправлению с учетом географической особенности и доступности перинатальной помощи.

Координаторами всех областей представлены демографический портрет области и модель регионализации перинатальной помощи на уровне области с учетом инфраструктуры ОЗ, географического расположения, доступности.

Несмотря на определенные различия областей ***сложности и барьеры*** в системе перенаправления в целом имели

схожую картину:

- Отсутствие реамобилей, старый транспорт не соответствует требованиям, отсутствие системы санавиации - транспортно-консультативной службы и обученного персонала по оказанию НАП (или слабые навыки НАП) и стабилизации во время транспортировки.
- Проблемы из-за отдаленности и труднодоступности горных районов, к примеру Ошской области, таких как Каракульжа (Алайку), Алай (Сары-Таш, Сары - Могол), Чон-Алай, Ноокат (Кок - Бел, Кулатов), особенности анклавов, проблема грунтовых дорог, непроходимость дорог в зимнее время.
- Нехватка кадров: проблема доступа реаниматолога, консультантов в ночное время, анестезиологических медсестер, отсутствие специалистов медицинской техники.
- Загруженность реанимационных, акушерских отделений из-за перенаправления тяжелых больных из регионов – необходим пересмотр штатного расписания.
- Длительное пребывание новорожденных в отделении реанимации родильных стационаров, проблема с переводом недоношенных детей на II этап выхаживания, отсутствие четких критериев перенаправления.
- Проблема финансирования родильных стационаров, необходим пересмотр, расширение коек отделений патологии беременных и родильного отделения.
- Слабая инфраструктура ОЗ, проблемы с водоснабжением, материально-техническая база родильных стационаров требует улучшения.
- Отсутствие приверженности руководителей ОЗ, низкая вовлеченность МСУ.
- Проблема перенаправления в ОЗ третичного уровня – НЦОМиД, проблема коммуникации на уровне руководителей ОЗ, консультантов.
- Позднее обращение за медпомощью во время беременности и в послеродовом периоде, нередко в тяжелом состоянии из-за низкой информированности и социального уровня населения.
- Проблемы с внутренней и внешней миграцией, увеличение иногородних пациенток, не имевших должного антенатального ухода.
- Проблема с закрытием нерентабельных родильных коек (Сюлюкта – 315 родов в год).

Панельная секция III.
Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг на уровне ОЗ

Опыт разработки стандартов оценки качества медицинских услуг.
Абдувалиева С.Т., к.м.н., зав. отделением НЦОМиД.

Качественная медицинская помощь сочетает адекватное содержание медицинской помощи с адекватными процессами предоставления медицинской помощи

Определение ВОЗ дает шесть характеристик качества, которые все вместе формируют цели для повышения качества медицинской помощи: безопасная, ориентированная на пациента, эффективная (основанная на доказательствах), рентабельная, доступная, справедливая.

Цикл улучшения качества - 4-этапный процесс внедрения и тестирования изменений

"Цикл Шухарта по изучению и улучшению" -

Планировать → Внедрить → Изучить → Действовать.

Стандарты - установленные нормы или требования - в клинических протоколах в виде "стандартов медицинской помощи", в опубликованных сборниках - стандарты аккредитации медучреждений. Стандарты помогают определить качество, цели и "критерии" качества.

Перспективы оценки качества услуг - данные деятельности организации по обеспечению качества, данные по анализу использования ресурсов, данные по контролю за внутрибольничными инфекциями, данные по контролю обеспечения безопасности на рабочем месте, данные по информации, исходящей от пациентов и медицинского персонала.

Информация, полученная в результате такой оценки помогает в принятии решений в отношении лечения пациентов и необходимых организационных изменений, которые улучшат качество услуг.

Опыт разработки индикаторов для измерения качества медицинских услуг.
Барктабасова Б.К., к.м.н., консультант по ДМ и разработке КР/КП.

Безопасная медицинская помощь

- Степень до которой минимизирован риск повреждения, инфекции или других отрицательных побочных эффектов
- Медицинские услуги построены так, чтобы минимизировать риск и отрицательные последствия для пациента

Эффективная медицинская помощь

- Степень, в которой желаемые результаты (исходы) лечения достигаются на уровне отдельных пациентов и сообществ
- Содержание медицинской помощи с учетом современных стандартов (соответствуют доказательной базе)
- Медучреждение в соответствии со стандартами качества

Рентабельная медицинская помощь

- Отношение результатов оказанных услуг к затратам, связанным с осуществлением этих услуг
- Медицинская помощь предоставляется таким образом, чтобы максимизировать утилизацию ресурсов и избежать потерь и дублирования
- Минимизируются неэффективные практики

- Оптимально используются рентабельные методики

Качественная медицинская помощь сочетает *адекватное содержание* медицинской помощи с *адекватными процессами* предоставления медицинской помощи. Фокус на системах - основной принцип улучшения.

Этапы по улучшению качества - обозначить проблемы, определить существующие стандарты медицинской помощи, направления, выбрать соответствующие индикаторы.

Как узнать, достигли ли мы желаемого улучшения? Применить индикаторы для получения исходной оценки, применить индикаторы для переоценки или контроля эффекта в результате деятельности по улучшению качества. Показатели и применение индикаторов качества являются мощными критериями, при их использовании, предпочтительнее в качестве механизма для улучшения системы предоставления услуг, чем для оценки качества выполненной работы.

Измерение *результатов* помогает выявить проблему (существует ли проблема?), но обычно не может помочь определить причину. Измерение *ресурсов* и *процессов* позволяет выявить причину проблемы. Измеряйте ресурсы и процессы, чтобы постараться *предотвратить* появление проблем!

Обсуждение перспективы перинатального аудита.

Абдувалиева С.Т., к.м.н., зав. отделением НЦОМиД.

Эффективность аудита:

Аудит и обратная связь могут быть эффективными для улучшения профессиональной практики. Когда они эффективны в основном эффекты являются небольшими для смягчения.

Абсолютные эффекты аудита и обратной связи наиболее достижимы, когда основная приверженность к рекомендуемой практике является низкой.

Цели аудита:

Мы устанавливаем систему аудита в ЛПО;

Документирование сфер, где проявляется озабоченность качеством ухода;

Выдвижение подходов по решению вопросов по улучшению перинатальной помощи;

Эта система состоит из двух частей: сбор сведений о перинатальных смертностях для документирования, ряд многопрофессиональных глубоких качественных анализов случаев для определения отклонений от стандартов ухода и решения этих проблем.

Введение и пилотирование подхода по аудиту:

Шаг 1: *Формирование* Комитета по расследованию случаев перинатальной смертности;

Шаг 2: Разработка прагматичных рамок для оценки качества ухода;

Шаг 3: Разработка методов для много профессионального исследования ряда отобранных случаев перинатальной смертности, количественного исследования всех случаев перинатальной смертности ,произошедших в больнице.

Введение и пилотирование подхода по аудиту:

Шаг 4: обучение персонала больницы, проведение аудитов (6 мес.);

Шаг 5: переоценка рамок качества ухода, отбор ограниченного количества элементов ухода для назначения приоритетов («критерии») и установлений целей;

Шаг 6: продолжение аудитов (6 мес.);

Шаг 7: анализ прогресса, подготовка отчета и распространение.

Улучшение мониторинга и оценки качества медицинских услуг в НЦОМиД (интеграция, стратегия).

Ишеналиева Ч.А., к.м.н., ЦМиО НЦОМиД.

Целью работы ЦМиО является обеспечение единой политики МЗ КР в области охраны материнства и детства с помощью мониторинга и оценки программной, проектной и плановой деятельности.

Функции ЦМИО

- Подготовка предложений по внесению изменений в нормативные и методические документы, регламентирующих проведение мониторинга и оценки для оптимизации политики в ОЗМИР;
- Внедрение единых базовых общенациональных показателей, методологий проведения исследований, схем определения прогресса в реализации действующих программ;
- Обеспечение систематического сбора, хранения, анализа и распространения информации об эффективности осуществляемых мероприятий по действующим программам в ОЗМиР;
- Создание Банка данных внутренних экспертов для проведения мониторинга и оценки;
- Своевременное выявление изменений и предупреждение негативных тенденций в реализации программных мероприятий и факторов, вызывающих их;
- Оказание консультативно-методической помощи ОЗ КР по проведению МиО программ;
- Постоянное повышение квалификации специалистов, задействованных в проведении сбора, анализа, хранения и распространении программных индикаторов в ОЗМиР;
- Взаимодействие с ОЗ, учебными заведениями, профессиональными ассоциациями в мероприятиях, направленных на улучшение оказания медицинской помощи населению;
- Подготовка проектов к проведению оперативных опросов участников реализации программных мероприятий и получателей услуг;
- Информирование государственных органов власти, органов местного самоуправления, международных партнерских организаций, неправительственного сектора, средств массовой информации и общественности о результатах программ в ОЗМиР;
- Развитие международного сотрудничества в области мониторинга и оценки.

Опыт мониторинга и оценки качества по программе ЭПУ в различных регионах КР.

Вайсканова Г., акушерка ГПЦ г. Бишкек, Самудинова А.С., руководитель Ресурсного центра ИООБ.

Рекомендации

-Продолжать непрерывную подготовку медицинских работников используя симулятивное обучение;
-Использовать все существующие методологии для постоянного повышения качества предоставления услуг: ИКС, КРМС, аудит;
-Доработать критерии для перенаправления женщин на следующий уровень оказания помощи;
-Создать систему транспортно-консультативной службы для II-III уровней;
-Делегирование обязанностей, функций и ответственности акушеркам;
-Пересмотр объём работы на физическое лицо;
-Пересмотр уровня додипломной подготовки;
-Пересмотр некоторых национальных клинических протоколов;
-Разработка индикаторов по мониторингу ЭПУ.

Опыт интенсивного мониторинга в ОЗ по программе «Финансирование на основе результатов».

Аскеров А.А., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМА.

Эффективность медпомощи при использовании инструментов и механизмов ФОР.

Инструменты включали: оценку учреждений здравоохранения, интервью с медработниками и их пациентами, проверка знаний работников, имитация осложнений во время родов, прямые наблюдения родов и антенатального ухода, проверка историй болезни. Все компоненты использовали структурированные анкеты или контрольные списки для сбора данных.

Имитация родов:

Анатомические модели Mama Natalie были использованы для имитации двух из наиболее распространенных осложнений родов в Кыргызстане: асфиксия и послеродовое кровотечение. У медработников спрашивали, как они будут реагировать при осложнениях во время родов, и их последующие действия наблюдались и записывались клиницистами из команды по сбору данных.

Проверка историй болезни:

Были проанализированы истории болезни пациентов с использованием контрольных списков, определялись замеченные практики в различных обстоятельствах, в том числе нормальные роды, осложнения у матери, у новорожденного, инсульт и инфаркт.

Индикаторы структурального и клинического качества: только 77% имели в рабочем состоянии стерилизацию, 90% имели необходимые материалы для проведения родов, 90% проводят анализ случаев смертности.

Антенатальный уход при преэклампсии показал 90% скрининга на опасные признаки, 70% на АД, 80% на отеки. Наблюдение 388 родов: в 92% случаев после родов проводился массаж матки, в 78% проверили жизненные показатели после родов.

Оценка качества межличностной коммуникации – 70% только спросили пациента о опасных признаках, 62% правильно ответили, как работать при судорогах, и при этом имеет место использование нерекомендованных лекарств - диазепама, в 60% - неправильная тактика родоразрешения.

Ожидаемые результаты:

•В пилотных больницах, расположенных в районах и малых городах, будут апробированы методы стимулирующей оплаты по результатам деятельности и интенсивный мониторинг качества медицинской помощи матерям и новорожденным.

•Будет усилен потенциал Правительства (Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования) и поставщиков медуслуг в заключение контрактов по результатам деятельности, а также в проведение мониторинга и оценки результатов.

Опыт мониторинга и оценки качества услуг по программе безопасного аборта, планирования семьи, УДМ.

Чиркина Г.Э., исполнительный директор АРЗ.

В докладе даны инструменты мониторинга, критерии по организации клиник (расположение и доступ, дизайн клиники, схема потока клиентов, компоненты услуг клиник).

Медицинский персонал мотивирован улучшить качество работы, когда они полностью понимают важность того, что они делают для других людей, ощущают себя частью, а не только работниками системы здравоохранения и предоставления услуг, имеют адекватную поддержку

от руководства и системы, их мнение принимается во внимание, хорошие результаты их работы оценены и признаны коллегами и руководством, их поощряют выступать с инициативой, они работают в окружении людей, действия которых доброжелательны и уважительны друг к другу.

Мониторинг является преимущественно внутренним процессом, предпринимаемым провайдерами услуг, в мониторинг должны быть вовлечены все заинтересованные стороны.

Полученные результаты следует передать заинтересованным сторонам и использовать для повышения эффективности деятельности.

Опыт мониторинга и оценки качества услуг по антенатальному уходу, школам подготовки к родам.

Бозова С.Д., старший преподаватель кафедры КГМИПиПК.

Цель кураторского визита: улучшение качества предоставления услуг и оказание поддержки инструкторам школ подготовки к родам по внедрению эффективной работы.

Задачи кураторского визита:

- Оказать инструкторам школ подготовки к родам помощь в выполнении обязанностей и достижении результатов;
- Определить положительные моменты работы инструкторов;
- Помочь инструкторам в идентификации и решении конкретных проблем;
- Помочь в улучшении знаний и навыков инструкторов для качественного оказания услуг.

Элементы кураторского визита:

1. Административный обзор: проводится путем обхода школ подготовки к родам с целью оценки персонала, инфраструктуры и расходных материалов.
2. Обзор качества проведения занятий в соответствии со стандартами.
3. Обзор участия сообщества и пациентов с целью улучшения качества работы школ подготовки к родам. Проводится путем опроса женщин перед обучением и после обучения при помощи анонимного анкетирования с целью выявления степени их информированности по вопросам беременности, родов и послеродового периода и ухода за новорожденными.
4. Усиление потенциала инструкторов с целью обеспечения лучшей информированности, их подготовки и надлежащего обучения. Оценка знаний и навыков коммуникации инструктора проводится путем внешнего наблюдения за проведением занятий в школе подготовки к родам.
5. На основании выявленных проблем куратор принимает решение о необходимости дополнительного обучения инструкторов школ подготовки к родам.

Опыт улучшения инфекционного контроля в ОЗ, инструменты мониторинга инфекционного контроля.

Джумабаева Д.Д., врач НЦОМиД.

В 2013 году НЦОМиД был включен в качестве пилотного стационара в проект по дальнейшему распространению системы инфекционного контроля в ОЗ КР, проводимый проектом «Действия сообществ по вопросам здоровья» и Республиканским научно-практическим центром инфекционного контроля.

Обучены 3 специалиста: госпитальный эпидемиолог, акушер-гинеколог, акушерка в РЦИК.

Проведен базовый мониторинг, выделен отдельный штат медсестры инфекционного контроля, внедрена система утилизации медицинских отходов, централизованного приготовления антисептиков, получено оборудование по программе инфекционного контроля, во время операции, манипуляции медперсонал использует средства индивидуальной защиты, внедрены закрытые дренажные системы, проведен ремонт в родильном доме при помощи проекта ДСВЗ, проведены обучающие семинары на местах с привлечением специалистов РЦИК.

Обсуждение перспективы наставничества в акушерстве.

Назаралиева С.Б., к.м.н., зам. главного врача НЦОМиД.

Наставничество – это сложная задача, требующая гибкости, умения координировать участие разных заинтересованных сторон, хороших навыков общения и построения отношений, способности работать в постоянно меняющихся условиях, кроме того, необходимо обладать современными клиническими знаниями и навыками обучения.

Наставник или куратор – должен иметь значительный опыт клинического обучения, обладать превосходной базой знаний, практической работы и коммуникативными навыками.

Наставничество в акушерстве, ключевые организации:

- НЦОМиД (как третичный уровень);
- Кафедры акушерства и гинекологии, сестринского дела;
- Профессиональные ассоциации;
- Областные ОЗ (Ресурсные центры);
- Национальные и сертифицированные тренеры.

Сложности и барьеры - нет единого подхода в наставничестве (четкой системы, роли и функции наставников, оценки работы наставников и т.д.), низкая мотивация и заинтересованность наставников и кураторов службы, отсутствие регуляторных механизмов (положения о наставничестве и курации, юридические аспекты и т.д.), финансовых механизмов поддержки института наставничества.

Возможности для внедрения системы наставничества:

- Подготовленная команда национальных тренеров и экспертов;
- Существует неформальная система наставничества на уровне ОЗ;
- Активное участие академических структур и кафедр в наставничестве;
- Техническая поддержка партнёров по развитию (ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНФПА, GIZ, ЮСАИД);
- Инструменты и подходы в улучшение качества услуг (инструмент оценки качества ВОЗ, поддерживающая курация и т.д.).

Обсуждение перспективы наставничества в неонатологии.

Рахманова Ч.К., врач НЦОМиД.

Наставничество в неонатологии - основной компонент формирования установок по улучшению практик и навыков в перинатологии. Мощный развивающий подход для улучшения качества подготовки медицинских сотрудников в соответствии с современными

эффективными стандартами и руководствами. Способствует внедрению эффективных стандартов и обеспечивает их преемственность, влияет на неонатальную и младенческую смертность.

Наставник или куратор - имеет значительный опыт практической работы, обладает современными клиническими знаниями, основанными на доказательных практиках, делится своими знаниями и навыками в обстановке взаимного доверия, обладает коммуникативными навыками, позитивно влияет на практику и знания сотрудников, обладает энтузиазмом и лидерскими качествами неонатолога.

Что сделано:

- Внедряются программы ЭПУ, ЭНУ, ПРН, Уход за больным и недоношенным новорожденным, ППМР, Карманный справочник ВОЗ,
- Подготовлена команда национальных тренеров и экспертов по неонатологии,
- Разрабатываются и внедряются клинические протоколы, стандарты в неонатологии, основанные на данных доказательной медицины,
- Проводятся кураторские визиты в ОЗ при поддержке партнеров по развитию: Ошская, Баткенская области – ЮНИСЕФ, Таласская область- ЮНФПА, Иссык-Кульская, Чуйская - GIZ, Жалалабатская и Нарынская – ЮСАИД,
- Используются инструменты и подходы в улучшении качества услуг МЗ КР при поддержке партеров по развитию (инструмент оценки качества ВОЗ, hand-of-hand).

Проблемы:

- Нет единого подхода в наставничестве (четкой системы, роли и функции наставников)
- Отсутствуют регулирующие механизмы (юридические аспекты и т.д.)
- Низкая мотивация и заинтересованность наставников и кураторов
- Отсутствие кафедры неонатологии в институтах додипломной и постдипломной подготовки

Перспективы наставничества в неонатологии:

- Создание концепции, программы, модели наставничества в неонатальной службе КР
- Принятие матрицы мероприятий по кураторству, наставничеству в неонатологии
- Предложение по открытию совместной кафедры до- и постдипломной подготовки по неонатологии на примере ведущих университетских клиник мира: лечебная практика, педагогический процесс, научные исследования проводятся одним коллективом.

Ключевые мероприятия по усилению потенциала анестезиологической и реанимационной службы в акушерстве.

Жузумалиева Г.С., заведующая отделением РИТ НГ МЗ КР, Мамбеталиева Д.С., заведующая отделением РИТ ГПЦ г. Бишкек.

Достижения анестезиологической службы КР:

- Разработка клинических протоколов по неотложным состояниям в акушерстве для анестезиологов и реаниматологов
- Практическая помощь в регионах – кураторские визиты в регионы при поддержке партнёров по развитию
- Командный подход в неотложном акушерстве
- Разработан и выпущен клинический протокол по теме «Шоки», «Сердечно-легочная реанимация» и «Неотложные состояния в кардиологии».
- Клиническое руководство по парентеральному и энтеральному питанию в условиях реанимации находятся в разработке

Вызовы – необеспеченность штатами, низкое техническое оснащение оборудованием, низкие знания и практические навыки, необходимо регулярное обучение в регионах.

Регионарная анестезия из общего количества проведенных анестезиологических пособий составляет 11%, отсутствуют местные анестетики, слабые практические навыки по проведению регионарных методов обезболивания.

Пути решения - штаты

Для МЗ КР, МОиН КР - увеличить количество мест в интернатуру и клиническую ординатуру на бюджетной основе, контроль за распределением рабочих мест по регионам.

Для руководителей ОЗ - создание соответствующих условий работы, повышение оплаты труда (на контрактой основе)

Для ФОМС - на бюджетной основе - курсы усовершенствования, повышение оплаты труда.

Пути решения – оснащение: техническое оснащение должно соответствовать уровню оказания перинатальной помощи, постоянная техническая поддержка оборудования.

Пути решения – обучение: разработка учебного модуля по РИТ в акушерстве на базе КГМИПиПК, подготовка национальных тренеров, внедрение КП, разработка механизмов курации службы (создание учебно-тренингового центра, кураторские визиты), создать цикл обучения анестезиологов для родовспомогательных учреждений.

Панельная секция IV.
Неотложная акушерская и неонатальная помощь

Антибиотики в неонатологии: решенные и нерешенные вопросы.

Арунас Любшис, международный консультант, зав. отделением РИТ новорожденных, Вильнюсская Университетская детская клиника.

Множество клинических исследований не показало никакой пользы от профилактического назначения антибиотиков новорожденному ребенку, поэтому для этой цели их применение ***не рекомендуется***: при катетеризации пупочных или других центральных сосудов; дренировании плевральной полости при пневмотораксе; во время проведения ИВЛ; даже при наличии роста бактерий из интубационной трубки (контаминация!); мекониальной аспирации.

Самое важное – определиться в необходимости антибиотиков; оно обычно основывается на: анамнезе матери, гестационном возрасте новорожденного и наличии клинических признаков;

- Не существует доказательного подхода для эмпирического назначения антибиотиков;
- Учитывается наиболее часто встречающиеся возбудители в стране, в клинике или даже в конкретном отделении;

Эмпирическое назначение антибиотиков для лечения РНС: самое частое сочетание антибиотиков это ампициллин + гентамицин (амикацин) или пенициллин + гентамицин (амикацин);

Не рекомендуется начинать эмпирическое лечение с цефалоспоринов третьего поколения или других антибиотиков широкого спектра действия: больше побочного действия; быстрее появляются антибиотикоустойчивые штаммы бактерий; увеличивается риск фунгемии; увеличивается смертность;

На основании проведенных многочисленных клинических исследований и принятой международной практики эмпирическое лечение антибиотиками можно прекратить через 36-48 часов, если: посев крови стерилен; не было полной уверенности о наличии сепсиса у новорожденного ребенка при назначении антибиотиков; общее состояние ребенка стабильное; маркеры сепсиса отрицательные.

Современные рекомендации по тактике лечения РДСН. Основные принципы и методы введения. Сравнительная характеристика различных видов сурфактантов.

Георг Фрей, главный врач Южно Гессенского Перинатального Центра, главный врач по лечебной части Франкфуртского университета им. Гете.

Представлены новые направления в респираторной терапии недоношенных новорожденных.

Время для лечения сурфактантом:

С целью профилактики или раннего лечения (после рождения в течение 60 мин.), как вмешательство treatment (неотложная терапия) в течение часа постнатальной жизни.

Терапия сурфактантом без интубации и искусственной вентиляции легких, но с CPAP поддержкой – комбинация двух высокоэффективных принципов терапии!

Побочные эффекты ИВЛ

- Изменение альвеолярной поверхности и постепенное ухудшение функций сурфактанта
- Переход локального воспаления в системное
- Нарушение мозгового кровообращения и увеличение риска внутримозгового кровоизлияния

Показания для интубации для оказания базовой помощи

- Первичная реанимационная ситуация
- Антенатальная информация о серьезных заболеваниях
- Неизбежный перевод и недостаток «времени» в родильном зале
- Показания для интубации в первые 72 часа FiO2 >0,4 u./или оценка по шкале Сильвермана (Silverman Score) ≥ 6
- Более одного эпизода апноэ требующих стимуляции в течение 2-х часов
- Респираторный ацидоз pH <7,15

Выводы:

- После внедрения метода и увеличения использования CPAP в базовом уходе уменьшилось количество использования ИВЛ в нашем центре – как фактор успеха.
- Очень маленький срок гестации не является барьером для использования данного метода.
- В неонатологии наблюдается улучшение исходов, а также ожидается улучшение навыков в процессе обучения - «кривая эффективности обучения».

Региональные особенности неотложной анестезиологической помощи в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане.

Тараян С., зав. отделения РИТ, Расулов Б., ведущий специалист отделения РИТ, Республиканский перинатальный центр г. Ташкент.

Вероятность смертности из-за осложнений, вызванных беременностью и родами, в 6-7 раз выше у женщин в Республиках Средней Азии, чем в Западной Европе.

Модель трех задержек, которые приводят женщину к смерти:

- Задержка принятия решения о необходимости получения специализированной помощи.
- Задержка транспортировки в медицинское учреждение.
- Задержка при получении адекватного лечения в медицинском учреждении, стационаре.

При оказании своевременной неотложной акушерской помощи мы можем реально снизить материнскую смертность!

Сегодня в мире 980 матерей умирают каждый день и, следовательно, 358 000 умирают ежегодно, ежегодно шесть миллионов женщин страдают от осложнений, связанных с беременностью, 99% МС в мире приходится на развивающиеся страны, только 1% МС в мире - на развитые страны, риск смерти в развивающихся странах 1:75, в развитых странах- 1:7300.

Сигнальные функции НАП: введение противосудорожных препаратов, утеротоников парентерально, введение антибиотиков парентерально, удаление остатков плаценты, ручное удаление последа, прием вагинальных родов, проведение хирургического вмешательства (кесарево сечение, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация и др.), гемотрансфузии.

Неиспользованные возможности по преэклампсии

- Позднее поступление в стационар

- Недооценка состояния беременной
- Необоснованные вмешательства и полипрагмазия
- Неадекватная магнезиальная терапия
- Неадекватная инфузионная программа
- Неадекватная анестезия
- Неудовлетворительный мониторинг

Выводы:

- Внедрение принципов НАП и ЭПУ требует улучшения.
- Нет разницы в качестве оказания перинатальной помощи в городских, районных, областных учреждениях родовспоможения.
- Не существует большой разницы в оснащении медицинским оборудованием в больницах различного уровня.
- Недостаточно работает система направления или перенаправления беременных и/или новорожденных высокого риска в те или иные стационары родовспоможения; недостаточна система консультирования и/или оказания неотложной помощи на районном, областном или городском уровне.

Презентация клинических протоколов по НАП для анестезиологов/реаниматологов (геморрагические шоки, сепсис, гипертензивные нарушения, спинальная анестезия).
Жузумалиева Г.С., зав. РИТ НГ, Макенжан улуу Алмаз, к.м.н., ассистент кафедры КГМА, Мамбеталиева Д.С., зав. РИТ ГПЦ г. Бишкек, Логачева Е., к.м.н., ассистент кафедры КРСУ, Сексенбаева Д.Б., консультант GIZ.

В докладе представлен процесс разработки клинических протоколов совместной мультидисциплинарной командой. Инновацией в разработке клинических протоколов были апробация протоколов на практике, внутреннее и внешнее рецензирование, дистанционное обсуждение протоколов.

Разработчики ознакомили с содержанием клинических протоколов по тяжелой преэклампсии, эклампсии, сепсису и септическому шоку, геморрагическому шоку, спинномозговой анестезии.

Сборник протоколов высоко оценен международными экспертами как необходимый компонент пакета качественных услуг в акушерстве.

Мастер – классы

Мастер-классы, организованные проектом GIZ, дали участникам уникальную возможность получить новые знания инновационных методов лечения и освоить практические навыки по оказанию лечения с помощью манекенов.

Мастер-класс по неотложной акушерской и неонатальной помощи
Неонаталогия

Доктор Г. Фрей подробно демонстрировал мастер-класс по щадящему методу введения сурфактанта, участники на манекенах смогли провести реанимацию новорожденных: непрямой массаж сердца, катетеризацию пупочной вены.

Молодые врачи смогли освоить на практике интубацию новорожденного, венепункции, методы фиксации внутривенных линий, интубационных трубок.

Акушерство

Акушеры-гинекологи самостоятельно проводили вакуум-экстракцию плода, дистоцию плечиков на манекене под руководством инструктора.

Анестезиологи научились устанавливать различные параметры на ИВЛ, освоили изменение основных режимов, особенности проведения интубации и компрессии грудной клетки, дыхательной поддержки в акушерстве.

На манекенах тренировали навыки по проведению спинальной и эпидуральной анестезии в акушерстве, сложности затрудненной интубации.

Методы обезболивания родов. Демонстрация.

Мастер-класс по гинекологии

Каждый участник мастер класса овладел на манекене методику проведения мануальной вакуум аспирации, введения и удаления ВМС, ЛНГ-ВМС, введения и удаления влагалищной диафрагмы.

Демонстрация фильма по введению и удалению импланта, методики эмболизации маточной артерии, раздаточные материалы послужили хорошими инструментами интерактивного обучения гинекологов.

Демонстрация современного лапароскопического оборудования, возможностей и преимуществ операций лапароскопическим путем вызвал большой интерес у гинекологов, обсуждались вопросы специализаций и стажировок для заинтересованных врачей, руководителей ОЗ.

РЕЗОЛЮЦИЯ
Форума «Шаги к достижению ЦРТ 4 - 5 в Кыргызстане»,
г. Бишкек, 26 – 27 июня 2014 года

За последние годы в системе охраны здоровья матери и ребенка Кыргызской Республики произошли существенные изменения. Благодаря совместным усилиям системы здравоохранения и партнеров по развитию отмечается устойчивое снижение показателя младенческой смертности и наметилась тенденция к снижению материнской смертности (19,5 на 1000 родившихся и 39,2 на 100 тыс. родившихся живыми, соответственно). Вместе с тем, имеется ряд нерешенных проблем.

Крайне медленно решаются вопросы регионализации и стандартизации акушерско-гинекологической и перинатальной помощи, внедрения современных технологий, улучшения качества до- и последипломного образования врачей с учетом необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи, развития системы перинатальных центров.

Особое внимание участниками Форума было обращено на проблему преждевременных родов, отсутствие полной готовности родильных домов, включая организации третичного уровня, к оказанию эффективной помощи детям с чрезвычайно низкой массой тела при рождении: нехватка кадров, недостаточная оснащенность современной аппаратурой для интенсивной терапии новорожденных, препаратами сурфактанта, парентерального питания и др.

Обращает на себя внимание высокая распространенность среди женщин и детей болезней, обусловленных недостаточным/нерациональным питанием, отсутствие системы полноценного регистра врожденных пороков развития, ухудшение репродуктивного здоровья женщин, особенно детского и подросткового возраста, вызывает беспокойство рост родов и абортов среди подростков в возрасте 17-19 лет.

К числу отраслевых проблем можно отнести слабую эффективность первичной медико-санитарной помощи и **низкое качество оказания медицинской помощи** в реализации АНУ; дефицит медицинских кадров и дисбаланс между отдельными медицинскими специальностями (неонатологов, анестезиологов-реаниматологов), **которые задействованы в оказании неотложной акушерской и педиатрической помощи.** Не решены проблемы во внедрении общего рыночного подхода в гарантированном обеспечении населения КР средствами и услугами по охране репродуктивного здоровья.

Участники Форума по итогам состоявшегося обсуждения и дискуссий, в целях повышения качества медицинской помощи матерям и детям в стране считают необходимым:

1. Правительству необходимо приоритезировать вопросы **планирования семьи** (ПС) и доступа к ресурсам через национальные программы, в том числе при поддержке международных партнеров по развитию и использовать принципы Общего рыночного подхода:

- разработать и утвердить перечень уязвимых лиц и критерии уязвимости (медико-социальная группа риска), имеющих возможности получения контрацептивных средств на бесплатной основе при поддержке госбюджета;
- в целях снижения материнской смертности предусмотреть в бюджете страны средства на КС для уязвимых групп и на социальные программы способствующие повышению информированности населения и доступу к средствам ПС;
- активизировать через СМИ работу по информированию населения о значении рационального питания, микронутриентов, обогащенной муки и йодированной соли.

2. РМИЦ, ФОМС

- разработать и внедрить инструкции по оценке охвата контрацептивами с учетом новых и вторичных пользователей КС
- рассмотреть возможность объединения или гармонизации отчетных форм РМИЦ, ФОМС
- начать работу по внедрению регистра врожденных пороков развития нервной трубки,

3. Министерству здравоохранения КР

- обеспечить приверженность руководителей ОЗ, интеграцию первичного амбулаторного звена по вопросам перенаправления;
- ввести в статистику коэффициент централизации пациентов на соответствующем уровне оказания помощи (от себя, на себя);
- пересмотреть финансирование, штаты в зависимости от уровня оказания стационарной помощи (на III уровне выше, чем на первичном);
- пересмотреть уровни оказания помощи: Балыкчы ТБ, Кызыл-Кия ТБ
- рассмотреть закрытие родильных коек, где менее 500 родов в год, так как это небезопасно для пациентов и требует неоправданных финансовых затрат;
- для улучшения специализированной неонатальной помощи: оказать содействие и разработать упрощенные механизмы регистрации аппаратов CPAP в КР, без которых невозможно внедрить терапию сурфактантом и оказание адекватной поддержки для недоношенных новорожденных;
- в целях улучшения специализированной помощи по проблемам **репродуктивного здоровья молодежи, в особенности девочек**, рассмотреть следующие вопросы:

  - введение учебных часов по преподаванию гинекологии детей и подростков в курс подготовки студентов медицинских ВУЗов и факультетов последипломного профессионального образования врачей;

  - признание врачей гинекологов детского и подросткового возраста узкими специалистами, лицензируемыми по специальности акушерство и гинекология, и имеющими диплом врача лечебное дело или педиатра, и прошедшего последипломную первичную подготовку по акушерству и гинекологии и услуг здравоохранения, дружественных к молодежи;

  - пересмотр приказов и приведение в соответствие объемы и стандарты оказываемой специализированной медицинской помощи с учетом уровня ЛПО и потребностей детей и подростков в медицинских услугах.

Для совершенствования системы курации необходимо:

- обеспечить автономность ОЗ – внедрение оплаты услуги курации через договора;
- стимулирование ментарства – индикатор наставничества в договор ОЗ с ФОМСом, в оценочную карту проекта ФОР;
- создать национальную техническую группу по ментарству в акушерстве, неонатологии и анестезиологии;
- разработать механизмы стимулирования специалистов, где есть кадровый кризис.

4. **НЦОМиД**

- В целях улучшения доступности качественной медицинской помощи матерям и детям при неотложных состояниях необходима **разработка и внедрение трехуровневой системы оказания с учетом региональных условий,** организация консультативно-транспортной службы КР, **разработка (пересмотр) и внедрение критериев** перенаправления из ФАП/ЦСМ/ГСВ в стационар I, II, III уровня с учетом картирования местности **и алгоритмов действий** на уровне организаций здравоохранения;
- Для совершенствования системы управления качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения **ЦМиО НЦОМиД:**

  - Начать мероприятия по внедрению модели перинатального аудита, основанного на доказательствах и с вовлечением матерей и членов семьи;

  - Разработать реализацию схемы взаимодействия инструментов интенсивного мониторинга (оценочной карты с чеклистами) для улучшения качества медицинской помощи в организациях здравоохранения;

  - Продолжить мероприятия по институционализации инструментов МиО по различным направлениям, особенно профилактического уровня (оценочные карты по ИК, АНУ,

БА, ПС и др.).

5. КГМА – пересмотреть учебные программы додипломной подготовки специалистов с учетом эффективных программ, которые внедряются в практическое здравоохранение Кыргызской Республики, необходимо повышение качества образования в медицинских ВУЗах и СУЗах на основе активного привлечения студентов к исследовательской работе. Регулярное обновление программ до- и послевузовского профессионального образования, состыковка их с клиническими протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи, а также внедрение новых образовательных технологий.

6. КГМИПиПК

- пересмотреть и внедрить адаптированные учебные модули по темам: сепсис, преэклампсии, кровотечение, НАП для улучшения качества последипломного образования врачей;
- усиление практического и теоретического навыка по НАП: первичная оценка и помощь, условия безопасной транспортировки и работа с медицинским оборудованием реанимобиля;
- активизировать деятельность по разработке и утверждению национальных стандартов, клинических протоколов по оказанию медицинской помощи женщинам и новорожденным детям, с пересмотром учетно-отчетной документации;

7. Руководителям организаций здравоохранения

- в рамках реализации национальных программ продолжить работу по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, **улучшению эффективного перинатального ухода, видов неотложной акушерско-гинекологической и неонатальной помощи,** основанной на принципах доказательной медицины,
- укрепление материально-технического и кадрового обеспечения:
  - продолжить работу по улучшению водоснабжения в трудных регионах
  - обеспечить соответствующее оснащение и квалифицированные кадры в зависимости от уровня оказания медицинской помощи;
  - обеспечить интеграцию специалистов междисциплинарной направленности для обеспечения женщин с акушерскими осложнениями неотложной специализированной помощью;
  - непрерывное повышение квалификации врачей и среднего медперсонала организаций родовспоможения (акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов, терапевтов, акушерок и др.);

8. Медицинским профессиональным ассоциациям (КАА, КААН)

- содействовать повышение потенциала анестезиологов реаниматологов в оказании НАП, разработать механизмы для успешного внедрения протоколов анестезиологической и реанимационной помощи при критических состояниях в акушерстве в ОЗ;
- с учетом сложившейся ситуации в области питания детей и женщин разработать механизмы по эффективному внедрению национальных протоколов по профилактике и лечению микронутриентной недостаточности;
- внедрение плана мероприятий по внедрению общего рыночного подхода, улучшение знаний и навыков медицинских работников ПМСП по вопросам ПС и АНУ на основе разработанных протоколов в акушерстве и гинекологии

Форум считает, что обеспечение отрасли кадрами здравоохранения должно осуществляться в соответствии с реальными потребностями трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Улучшение материального положения и повышение социального статуса врачей является одним из наиболее значимых факторов их мотивации к творческому труду и самоотдаче.

Настоящая резолюция содержит положения, которые могут и должны быть реализованы. Форум обращается к МЗ КР с предложением учесть основные положения данной резолюции при подготовке, совместно с экспертным медицинским сообществом, плана мероприятий Национальной стратегии до 2020 года, детализировать конкретные тактические шаги, необходимые для реализации положений резолюции в рамках общей стратегии охраны здоровья граждан нашей страны. Успех поставленных в резолюции задач зависит от того, насколько взаимосогласованными и эффективными будут действия руководителей органов здравоохранения, медицинских работников и пациентов.

Проект резолюции одобрен участниками Форума «Шаги к достижению ЦРТ 4 - 5 в Кыргызстане», который прошел в г. Бишкек, 26-27 июня 2014 г.

В перерывах Форума и на торжественном фуршете делегаты имели возможность в неформальной обстановке поделиться впечатлениями, обсудить планы и перспективы для дальнейшего сотрудничества с ведущими специалистами и учеными, представителями международных организаций и коллегами из других стран.

Программа Форума «Шаги к достижению ЦРТ 4 - 5 в Кыргызстане»
26-27 июня 2014 г., «City Hotel», г. Бишкек.

26 июня – Первый день
Открытие Форума. *Узакбаев К.А., д.м.н., проф., директор НЦОМиД*
Приветственное слово министра здравоохранения. *Сагынбаева Д.З., министр здравоохранения КР*
Приветственное слово. *Атамбаева Р.М., первая леди КР*
Охрана здоровья матери и ребенка. Достижения ЦРТ в рамках инициативы по ускорению МАФ. *Ешходжаева А.С., начальник УОМПиЛП МЗ КР*
КРМС в Кыргызской Республике. Отчет. *Аскеров А.А., к.м.н., доц., зав. каф. КГМА*
Акушерские кровотечения. Современные подходы к лечению и профилактике *Мусуралиев М.С., д.м.н., проф., зав. каф. КГМА*
Питание женщин и детей в КР. Приоритеты Программы продовольственной безопасности и питания. *Мамырбаева Т.Т., д.м.н., доц., зам. директора НЦОМиД*
Микронутриентная недостаточность среди женщин и их детей: пути решения. *Бообекова А.А., к.м.н., глав. специалист УОМПиЛП МЗ КР*
Питание при чрезвычайных ситуациях. *Нажимидинова Г.Т., к.м.н., доц. кафедры МВШМ МУК*

Результаты мониторинга реализации Законов КР в области питания. *Артыкбаева Ж.К., специалист ЦМиО НЦОМиД*
Наиболее распространенные нарушения переваривания и всасывания в раннем детском возрасте. *Комарова О.Н., к.м.н., НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, РФ*

26-27 июня – Первый и второй день

I. Панельная секция - Планирование семьи и антенатальный уход

Текущая ситуация в области планирования семьи и доступа к ресурсам в КР *Максутова Э.М., к.м.н., зав. «Брак и семья» НЦОМиД*
Текущая ситуация по реализации Дополнительной программы обязательного медицинского страхования по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне и программы льготного обеспечения лекарственными средствами по ПГГ. *Исакова Г.Ж., зам. начальника Управления реализации программ медицинского страхования ФОМС при Правительстве КР*
Ситуация с поставками, хранением, распределением и использованием КС в КР на основе ИСУЛ и CHANNEL. *Мурзакаримова Л.К., директор РМИЦ КР*
Общий рыночный подход к обеспечению универсального доступа к современным методам контрацепции. *Чиркина Г.Э., исполнительный директор, АРЗ*
Доступ к КС на уровне регионов. *Областные координаторы по ПС*
Перспективы и пути решения в вопросах планировании семьи и плана мероприятий по внедрению общего рыночного подхода (ОРП) в гарантированном обеспечении населения Кыргызской Республики средствами и услугами по охране РЗ на уровне страны и регионов.
Качество оказания медицинской помощи на уровне ПМСП. Результаты второй страновой оценки. *Акматова Б.А., ассистент кафедры КГМИПиПК*
Презентация клинических протоколов по АНУ и ПС. *Болоцких И.В., ассистент кафедры КГМИПиПК, Акматова Б.А., к.м.н., ассистент кафедры КГМИПиПК*
Роль и повышение потенциала акушерок в КР в ПМСП. *Орозалиева А., Кыргызский альянс акушерок*
Адьювантные методы терапии леомиом матки у женщин репродуктивного возраста. *Салиева Ж.К., научный сотрудник, НЦОМиД*

26-27 июня – Первый и второй день

II. Панельная секция - Совершенствование системы регионализации перинатальной помощи на уровне областей и районов КР

Регионализация перинатальной помощи в Кыргызстане. *Узакбаев К.А., д.м.н., проф., директор НЦОМиД*
Регионализация перинатальной помощи на уровне Ошской области (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Кенжебаева Г.К., зав. родильным стационаром ОМОКБ*
Регионализация перинатальной помощи на уровне г. Ош (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Стамбеков М., главный врач ГПЦ г. Ош*
Регионализация перинатальной помощи по роддомам г. Бишкек. *Асылбашева Р.Б., ведущий специалист ДЗ г. Бишкек*
Регионализация перинатальной помощи на уровне Чуйской области (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Секимбаева А.Б., координатор по родовспоможению ЧООБ*
Регионализация перинатальной помощи на уровне Жалалабадской области (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Давлетова А.С., директор Жалалабадского областного ЦРЧ*

Регионализация перинатальной помощи на уровне Иссыккульской области (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Маанаев Т., директор ИООБ*
Регионализация перинатальной помощи на уровне Таласской области (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Жумалиева А., координатор по родовспоможению Таласской области*
Регионализация перинатальной помощи на уровне Баткенской области (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Айжигитов Т.А., директор БООБ*
Регионализация перинатальной помощи на уровне Нарынской области (с учетом географической доступности и местных особенностей). *Бердикожоева А.К., директор Нарынского областного ЦСМ*

26-27 июня – Первый и второй день

III. **Панельная секция - Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг на уровне ОЗ**

Опыт разработки стандартов оценки качества медицинских услуг *Абдувалиева С.Т., к.м.н., зав. отделением НЦОМиД*
Опыт разработки индикаторов для измерения качества медицинских услуг *Барктабасова Б.К., к.м.н., консультант по ДМ и разработке КР/КП*
Обсуждение перспективы перинатального аудита. *Абдувалиева С.Т., к.м.н., зав. отделением НЦОМиД*
Улучшение мониторинга и оценки качества медицинских услуг в НЦОМиД (интеграция, стратегия) *Ишеналиева Ч.А., к.м.н., ЦМиО НЦОМиД*
Опыт мониторинга и оценки качества по программе ЭПУ в различных регионах КР *Вайсканова Г., акушерка ГПЦ г. Бишкек, Самудинова А.С., руководитель Ресурсного центра ИООБ*
Опыт мониторинга и оценки качества по программе ИКС. *Шоонаева Н., к.м.н., зав. кафедрой КГМИПиПК*
Опыт интенсивного мониторинга в ОЗ по программе «Финансирование на основе результатов» *Аскеров А.А. к.м.н., доц., зав. каф. КГМА*
Опыт мониторинга и оценки качества услуг по программе безопасного аборта, планирования семьи, УДМ. *Чиркина Г.Э., исполнительный директор, АРЗ*
Опыт мониторинга и оценки качества услуг по антенатальному уходу, школам подготовки к родам *Бозова С.Д., старший преподаватель кафедры КГМИПиПК*
Опыт улучшения инфекционного контроля в ОЗ, инструменты мониторинга инфекционного контроля. *Джумабаева Д.Д., врач НЦОМиД*
Обсуждение перспективы наставничества в акушерстве *Назаралиева С.Б., к.м.н., зам. главного врача НЦОМиД*
Опыт Иссык-Кульской области в наставничестве и курации акушерской службы *Акунова С.Б., координатор по родовспоможению Иссык-Кульской области*
Обсуждение перспективы наставничества в неонатологии. *Рахманова Ч.К., врач НЦОМиД*
Ключевые мероприятия по усилению потенциала анестезиологической и реанимационной службы в акушерстве *Жузумалиева Г.С., зав. РИТ НГ МЗ КР, Мамбеталиева Д.С., зав. РИТ ГПЦ г. Бишкек*
Обзор по 3 направлениям управления качеством медицинских услуг и выработка рекомендаций для резолюции. *Аскеров А.А. к.м.н., доц., зав. каф. КГМА*

26-27 июня – Первый и второй день

IV. **Панельная секция - Неотложная акушерская и неонатальная помощь**

Антибиотики в неонатологии: решенные и нерешенные вопросы. *Арунас Любшис, международный консультант, зав. отделением РИТ новорожденных, Вильнюсская Университетская детская клиника*
Современные рекомендации по тактике лечения РДСН. Щадящие методы сурфактантной терапии. Основные принципы и методы введения. Сравнительная характеристика различных видов сурфактантов. *Георг Фрей, главный врач Южно Гессенского Перинатального Центра, главный врач по лечебной части Франкфуртского университета им. Гете*
Региональные особенности неотложной анестезиологической помощи в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане. *Тараян С., зав. отделения РИТ, Расулов Б., ведущий специалист отделения РИТ, Республиканский перинатальный центр, г. Ташкент*
Презентация клинических протоколов по НАП для анестезиологов/реаниматологов (геморрагические шоки, сепсис, гипертензивные нарушения, спинальная анестезия). *Жузумалиева Г.С., зав. РИТ НГ, Макенжан улуу Алмаз, к.м.н., ассистент кафедры КГМА, Мамбеталиева Д.С., зав. РИТ ГПЦ г. Бишкек, Логачева Е., к.м.н., ассистент кафедры КРСУ, Сексенбаева Д.Б., консультант GIZ*
Внебольничная пневмония у беременных женщин. *Тараян С., зав. отделения РИТ, Расулов Б., ведущий специалист отделения РИТ, Республиканский перинатальный центр г. Ташкент*
Гипотермия. Влияние на выживаемость и заболеваемость. Данные исследования. *Георг Фрей, главный врач Южно Гессенского Перинатального Центра, главный врач по лечебной части Франкфуртского университета им. Гете*

27 июня - Презентации модераторов о результатах работы панельных секций
27 июня – Мастер - классы

Организационный комитет Форума

Сагынбаева Д.З.	министр здравоохранения КР, *председатель*
Узакбаев К.А.	директор НЦОМиД, *сопредседатель*
Ешходжаева А.С.	начальник УОМПиЛП МЗ КР
Бообекова А.А.	главный специалист УОМПиЛП МЗ КР
Боронбаева Э.К.	главный специалист УОМПиЛП МЗ КР
Мамырбаева Т.Т.	заместитель директора НЦОМиД
Бабаджанов Н.Д.	заместитель директора НЦОМиД
Эшалиева А.С.	ученый секретарь НЦОМиД, *ответственный секретарь*
Джанузакова Н.Э.	главный врач НЦОМиД
Назаралиева С.Б.	заместитель главного врача НЦОМиД
Максутова Э.М.	заведующая «Брак и семья» НЦОМиД
Иманалиева Ч.А.	координатор программ по здравоохранению ЮНИСЕФ в КР
Тоялиева Э.	ЮНИСЕФ
Сманкулова Н.	региональный программный аналитик по репродуктивному здоровью, ЮНФПА
Асамбаева Ч.	координатор программы GIZ «Здравоохранение в Центральной Азии»
Токтобаев Н.	координатор по УМО и ВБИ, Швейцарский Красный Крест
Аскеров А.А.	заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, КГМА

Список участников Форума

Министерство здравоохранения КР, ФОМС

Сагынбаева Д.З.	Министр здравоохранения КР
Ешходжаева А.С	Начальник управления УОМПиЛП МЗ КР
Бообекова А.А.	Ведущий специалист УОМПиЛП
Барктабасова Б.К.	Консультант МЗ по вопросам ДМ и методологии разработки КР/КП
Мурзакаримова Л.К.	Директор РМИЦ КР
Исакова Г.Ж.	Зам. нач. управления реализации программ мед. страхования ФОМС

Национальный центр охраны материнства и детства

Узакбаев К.А.	Директор
Мамырбаева Т.Т.	Заместитель директора по науке
Эшалиева А.С.	Ученый секретарь
Назаралиева С.Б.	Зам. главного врача по родовспоможению
Рыскельдиева В.Т.	Старший научный сотрудник, д.м.н.
Максутова Э.М.	Зав ЦПС «Брак и семья», национальный координатор по ПС
Казакбаева Ч.М.	Психолог ЦПС «Брак и семья»
Салиева Д.К.	Научный сотрудник
Джумабаева Д.Д.	Акушер-гинеколог
Абдувалиева С.Т.	Зав. отделением новорожденных
Тогузбаева Б.Д.	Зав. акушерским отделением
Ишеналиева Ч.А.	Методист центра МиО
Рахманова Ч.К	Врач неонатолог
Исаева Э.В.	Заведующая отделением реанимации КРД
Артыкбаева Ж.К.	НЦОМиД, специалист центра МиО
Доромбекова А.	НЦОМиД, зав. неонатологии
Пак Н.Ю.	Реаниматолог
Жумагулова Г.	Врач неонатолог

Национальные центры

Шукурова В.	Центр ИБВДВ. Врач реаниматолог
Тилеков Э.А.	НХЦ, заместитель директора
Рустамбекова С.С.	НХЦ, заведующая септическим отделением
Калдарбеков У.Н.,	НГ, зав отд. РИТ
Жузумалиева Г.С.,	НГ, зав отд. РИТ

г. Бишкек

Асылбашева Р.Б.	ДЗ г. Бишкек, ведущий специалист
Молдокматова Э.К.	ЦСМ №1 г. Бишкек, координатор по ПС
Исраилова Г.И.	ГГБ г. Бишкек, главный врач
Алмазбекова Б.А.	ГПЦ г. Бишкек, главный врач
Байтикова А.Х.	РД №1 г. Бишкек, главный врач
Алымбаев А.А.	РД №2 г. Бишкек, главный врач
Калиева Б.К.	ЦСМ №3, акушер-гинеколог
Аширбаева Р.А.	ЦСМ №9, акушер-гинеколог
Мурзакматова Г.К.	ЦСМ №12, акушер-гинеколог
Вайсканова Г.	ГПЦ, акушерка, национальный тренер
Мамбеталиева Д.С.	ГПЦ, зав. отд. РИТ, ассистент кафедры реанимации и анестезиологии
Сексенбаева Д.Б.	Национальный тренер, врач акушер-гинеколог
Калиева А.	РД№1, врач неонатолог
Зеличенко Д.Л.	Клинический роддом №1, зав. отд. РИТ
Джунушев Э.Н.	Клинический роддом №1, врач анестезиолог-реаниматолог
Туганбаева Г.М.	Клинический роддом №2, зав. отд. РИТ
Бакирова Ч.	ГПЦ, зам. гл. врач по детству
Жайнакова А.	РД №2, зав. отд. РИТ
Успанова Н.	РД №2, врач неонатолог
Нуржанова С.	РД №2, врач неонатолог
Мергембаева М.	РД №1, врач неонатолог
Асанбаева Ф.	РД №1, врач неонатолог
Рябашлык О.	РД №1, врач неонатолог
Такырбашев Д	РД №1, врач неонатолог
Молдогазиева Н.	ГГБ, зав. отд. новорожденных
Логачева Е.	ГПЦ, врач анестезиолог-реаниматолог
Ишмухамедова М.М	ЦСМ №19, акушер-гинеколог

Самигулина А.Э.	ЦСМ №6, д.м.н., гинеколог
	КГМИПиПК
Герасимов Э.М.	К.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии
Акматова Б.А.	Доцент учебно-методического центра по РЗ и профилактики ВИЧ
Болоцких И.В.	Зав кафедрой семейной медицины
Кибец Е.А.	Ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии
Лисицына О.И.	Ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии
Бозова С.Д.	Ст. преп. кафедры сестринского дела в акушерстве, гинекологии и педиатрии
	КГМА, КРСУ
Мусуралиев М.С.	Кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМА, зав. кафедрой
Макенжан уулу Алмаз	Кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМА, ассистент кафедры
Калканбаева Ч.К.	КГМА Д.м.н., профессор кафедры
Аскеров А.А.	Кафедра акушерства и гинекологии №» КГМА, зав. кафедрой
Бекибаева Б	Ассистент кафедры КГМА
Нажимидинова Г.Т.	Доцент кафедры КГМА
Бейшембиева Г.Д.	Зав кафедрой сестринского дела КГМА
Афанасенко Г.	Ассистент кафедры КГМА
Какеева А.	Ассистент кафедры КГМА
Ким Е.	Ассистент кафедры КРСУ
Боконбаева С.	Заведующая кафедрой КРСУ
	Чуйская область
Асылбеков Э.С.	ЧОЦСМ, директор, координатор по здравоохранению
Секимбаева А.Б.	ЧООБ, зав. родильным отделением, координатор по родовспоможению
Болотбеков Б.А.	ЧООБ, директор
Мамытова Б.К.	ЧОЦСМ, зав. кабинетом ПС и РЗ, координатор по ПС
Солтобаев К.О.	ТБ Чуйского района, директор
Кулмурзаева З.Н.	ЧООБ, родильное отделение, координатор по ИКС
Кийизбаева Л.	ЧООБ, зав. РИТ родильного отделения
Иманалиева А.М.	ТБ Чуйского района, зав. родильным отд.
Ишенкулова Г.А.	ТБ Ысык-Атинского района, зав. родильным отделением
Исаева Б.К.	ТБ г. Токмок, директор
	Иссык-Кульская область
Маанаев Т.И.	ИООБ, директор
Акунова С.Б.	ИОЦРЧ, директор, координатор по родовспоможению
Сатылканов Э.А.	ИОЦСМ, координатор по здравоохранению
Руфь Чу	Тренер/волонтер Ресурсного центра ИООБ
Самудинова А.	Руководитель ресурсного центра ИООБ
Карыбаева Н.	ИООБ, заведующий отделением РИТ
Досмамбетов А.К.	ИООБ, заведующий отделением РИТ
Алдашева Р.К.	Акушер-гинеколог
Сатиева К.С.	Акушер-гинеколог ИООБ
Абдыканов Э.Д	Ак-Суйская ТБ, директор
Барыктабасова Э.А.	ИООБ, зам. директора по родовспоможению
	Нарынская область
Бердикожоева А.	НОЦСМ, директор, координатор по здравоохранению
Айтбаев М.	НООБ, директор
Исаева А.	НОЦСМ, координатор по ПС
Осконбаева Ж.	НООБ, заведующий отделением РИТ родильного отделения НООБ
Турганбаева Э.	Координатор по родовспоможению Кочкорского района
И. Бейшенлиев	Директор Ат-Башинского ТБ
М. Кучкачев	Директор Ак-Талинского ТБ
К. Байтокова	Нарынский район, координатор по родовспоможению
	Таласская область
Шадиев А.М.	ТОЦСМ, директор, координатор по здравоохранению
Жумалиева А.	ТООБ, зав. гинек. отделением, координатор по родовспоможению
Рыспекова Г.	ТОЦСМ, координатор по ПС
Жумашалиев Ш.А.	ТООБ, директор
Асымбаев А.	ТООБ, заведующий отделением РИТ
Султанбаева З.	ТООБ, неонатолог
Уметалиева Ж.Д.	ТОЦСМ, зам. директора, координатор по детству

	Ошская область
Стамбеков М.	ГПЦ г. Ош, главный врач
Эшбаев А.	ООЦ «МСПС», директор
Маманова В.	ОМОКБ, акушер-гинеколог
Сулайманов Ш.А.	ОМОКБ, директор, д.м.н.
Юсупов А.М.	ГПЦ г. Ош, заведующий отделением РИТ
Каракожонова А.	ГПЦ, акушер-гинеколог
Надирова К	Ноокат ТБ, неонатолог
Акматов Н.	Ноокат ТБ, ак-гинеколог
Жыргалбекова А.К.	ОМОКБ РС зав
Узакова О.	ГПЦ, неонатолог
Матисакова Н.	ТБ Кара-Кулжа, акушер-гинеколог
Бостонова С.	ООЦ «МСПС»
	Жалалабадская область
Нуралиев А.	ЖЖОБ, директор
Давлетова А.	ЖОЦОРЗЧ, директор, координатор по родовспоможению
Нурумбетова Г.	ЖОЦРЧ, координатор по ПС
Акмадалиев А.	ЖООБ, врач-анестезиолог
Апсатаров Ж.	Сузакская ТБ, анестезиолог реаниматолог
Жумабаева А.	Аксыйская ТБ, акушер гинеколог
Кыдырова Г.	ЖООБ, неонатолог
Базарбаева Т.	Ала-Букинская ТБ, акушер гинеколог
Эралиев И.	Базар-Коргонская ТБ, анестезиолог реаниматолог
Абильдаева Р.	ЦОВП Тогуз-Торо, акушер-гинеколог
Уметалиева К.	Токтогульская ТБ
Маймулова А.Ж.	ЖОТБ, зав. родильным отделением
	Баткенская область
Жаныбеков А.А.	ТБ г. Кызыл-Кия, директор
Курбанбекова Ш.	Координатор по родовспоможению
Айжигитов Т.А.	Баткен ООБ, директор
Маманова Г.	БОЦСМ, и.о. координатора по ПС
Хусаинов Р.	БООБ, заведующий отделением РИТ
Кучкаров А.	ТБ, зав. родильным отделением г. Кызыл-Кия
Хусеинова М.Ю.	БООБ, зав. родильным отделением
Орозалиева А.	КАА, президент ассоциации
Кан Е.Л.	АРЗ, акушер-гинеколог, тренер
Чиркина Г.Э.	АРЗ, исполнительный директор
	Партнеры по развитию
Сманкулова Н.С.	ЮНФПА, региональный программный аналитик по РЗ
Баялинов А.	ЮНФПА,
Иманалиева Ч.А.	координатор программ по здравоохранению ЮНИСЕФ в КР
Тоялиева Э.	ЮНИСЕФ, консультант
Асамбаева Чолпон	Региональная программа GIZ «Здравоохранение в Центральной Азии»
Эви Корнелиа Грубер	Региональная программа GIZ «Здравоохранение в Центральной Азии»
Токочева Айгуль	Региональная программа GIZ «Здравоохранение в Центральной Азии»
Абакирова Д.А.	ЮНИСЕФ, координатор программ по здравоохранению и питанию
Доскеева Дж. А.	ЮНИСЕФ, консультант
Мадалбекова Ж.	ЮНИСЕФ, консультант
Сюзанна Лентимаки	ЮНИСЕФ, координатор программ по здравоохранению и питанию
	Наши гости
Д-р Арунас Любшис	Вильнюсская Университетская детская клиника. Профессор, заведующий отделением РИТ новорожденных, международный консультант
Ритис Сениунас	«ABC Farma» UAB, директор консалтинговой компании
Ритис Тракимавичюса	«Medical Education and Partnership», директор компании
Расулов Бахретдин	Республиканский Перинатальный Центр г. Ташкент, ведущий специалист отделения РИТ
Д-р Георг Фрей	Южно-Гессенский Перинатальный Центр, Франкфуртский университет им. Гете, профессор, главный врач по лечебной части
Тараян Сергей	Республиканский Перинатальный Центр г. Ташкент., зав. отделением РИТ
Комарова О.Н.	НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ, г. Москва.