



# ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ И КЫРГЫЗСТАНЕ: ОЦЕНКА И ОБОСНОВАНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ



Министерство  
здравоохранения  
Кыргызской Республики

юнисеф 

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И  
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ  
В ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ И КЫРГЫЗСТАНЕ:  
ОЦЕНКА И ОБОСНОВАНИЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ



Министерство  
здравоохранения  
Кыргызской Республики

юнисеф 

УДК 614  
ББК 51,1(2Ки)4  
З 46

З 46      Здоровье женщин и новорожденных детей в Чуйской области и Кыргызстане: оценка и обоснование вмешательств. - Б.: 2009. - 69 с.

ISBN 978-9967-25-717-7

### Maternal and Newborn Health in Chui province & Kyrgyzstan: Assessment and Implications for Interventions

В данном издании представлены результаты оценки системы материнской и неонатальной помощи в Кыргызстане и соответствующие программы. Здесь описана текущая деятельность, направленная на улучшение здоровья матери и новорожденного, и инновационные пути для решения существующих трудностей, а также предложена модель проведения оценки эффективности программ, которые созданы на основе доказательной медицины и могут изменить сложившуюся ситуацию.

Даны рекомендации для учреждений первичного уровня. Данные рекомендации основаны на программной стратегии, описанной в ряде изданий Ланцет, которые касаются вопросов «Детской и неонатальной выживаемости».

Данный анализ необходим для принятия рациональных решений относительно инвестиций, как в существующие программы, так и для разработки новых эффективных проектов в области охраны здоровья матери и ребенка.

Оценка произведена при технической и финансовой поддержке ЮНИСЕФ по заказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики докторами наук Зульфикаром Бутта и Ясир Ханом из Университета Ага-Хана (Пакистан), в сотрудничестве со специалистами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и национальными партнерами: Ешходжаевой А.С. - начальника отдела охраны материнства и детства, Тоялиевой Э.А. - главного специалиста отдела охраны материнства и детства, Калиевой А.С. - главного внештатного неонатолога, Мурзакаримовой Л.К. - директора Республиканского медико-информационного центра, профессора Керимовой Н.Р. - заведующей кафедры акушерства и гинекологии КГМИиПК и профессора Иманалиевой Ч.А. - координатора программы по здоровью и питанию ЮНИСЕФ в Кыргызской Республике.

Изложенные в документе факты и их интерпретация отражают мнение авторов, которое не обязательно совпадает с мнением ЮНИСЕФ.

**Издание не предназначено для продажи и распространяется бесплатно.**

3 4103000000-09  
ISBN 978-9967-25-717-7

УДК 614  
ББК 51,1(2Ки)4

---

## СОДЕРЖАНИЕ

Резюме .....	6
Введение .....	8
Предыстория .....	12
Текущие программы в Кыргызстане, направленные на улучшение здоровья матери и новорожденного .....	28
Текущие вмешательства в сфере материнского и детского здоровья .....	34
Доказательная база для определения того, какие мероприятия являются эффективными для улучшения материнского и детского здоровья .....	38
Охват текущими программами в сфере материнского и неонатального здоровья и существующие пробелы .....	48
Рекомендации по пакету услуг и дальнейшему распространению программ по здоровью матери, ребенка и новорожденного младенца .....	52
Потенциальный эффект от расширения вмешательств в сфере материнского, детского и неонатального здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи .....	60
Ссылки .....	67

---

## Сокращения

АБР	Азиатский банк развития
АДО	Амбулаторное диагностическое отделение
АНУ	Аntenатальный уход
АРВ	Антиретровирусный
АРТ	Антиретровирусная терапия
АЯМС	Агентство Японии по международному сотрудничеству
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
ГСВ	Группа семейных врачей
ГНБ	Гипертензивные нарушения беременности
ДРК	Дородовые кровотечения
ЖВЛС	Жизненно важные лекарственные средства
ЖДА	Железодефицитная анемия
Здравплюс	Здрав плюс
ЗМР	Здоровье матери и ребенка
ИБДОР	Инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку
ИББДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ИГВ	Исключительное грудное вскармливание
ИМП	Инфекции мочевых путей
ИППП	Инфекции передающиеся половым путем
МВФ	Международный валютный фонд
МДИ	Медико-демографическое исследование
МДЗ	Материнское и детское здоровье
МДНЗ	Материнское, детское и неонатальное здоровье
МИКО	Мультииндикаторное кластерное обследование
ММН	Многокомпонентные микронутриенты
ММРВ	Министерство международного развития Великобритании
МС	Материнская смертность/Показатель материнской смертности
МЗ	Министерство здравоохранения
Нацстатком	Национальный статистический комитет
НАП	Неотложная акушерская помощь
НБР	Немецкий банк развития
НВР	Низкий вес при рождении
НПО	Неправительственная организация
НЦОМид	Национальный Центр охраны матери и детства
ОРТ	Оральная регидратационная терапия
ПВСМР	Передача ВИЧ/СПИД от матери к ребенку
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПЗ	Первичное здравоохранение
ПЛМ/МКС	Профилактическое лечение малярии во время беременности/ противомоскитные кроватные сетки
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПМС	Показатель младенческой смертности
ПНС	Показатель неонатальной смертности
ПС	Планирование семьи
ПРК	Послеродовое кровотечение

---

ППС	Показатель перинатальной смертности
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
РПИ	Расширенная программа по иммунизации
СДС	Центр по контролю и профилактике заболеваний
СИДА	Канадское агентство по международному развитию
СМР	Столбняк матери и новорожденного
СКЗ	Сельские комитеты здоровья
СО	Стандартное отклонение
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
УДС5	Уровень смертности среди детей до 5 лет
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ШБС	Швейцарское бюро по сотрудничеству
ШКК	Швейцарский Красный Крест
ШСП	Широкосекторальный подход
ЭПП	Эффективная перинатальная помощь
ЮНФПА	Фонд развития народонаселения ООН
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию

## РЕЗЮМЕ



Для процветания народа и его последовательного развития необходимо уделять особое внимание здоровью женщин с детьми, которые являются привилегированной частью населения. В последние годы во всем мире придается особое значение проблемам смертности среди женщин, детей и новорожденных, особенно в свете Целей развития тысячелетия, связанных с показателями материнского и детского здоровья. Вопросы, имеющие отношение к уровню материнской смертности, и программы, направленные на уменьшение этих показателей, являются предметом рассмотрения нескольких последних изданий Ланцет и других публикаций в области здоровья матери и ребенка.

Цели развития тысячелетия	Задача
Международная формулировка	Международная формулировка
Цель 4. Уменьшение детской смертности	Задача. Снизить на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет в течение 1990 – 2015
Цель 5. Улучшить материнское здоровье	Задача. Снизить на три четверти уровень материнской смертности в течение 1990 -2015

Бесспорным фактом является то, что социальный и экономический прогресс невозможны без человеческого развития, а здоровье является тем краеугольным камнем, который лежит в основе этого развития. Большинство видов деятельности по профилактике материнской и детской смертности можно внедрять повсеместно, используя для этого подходы, основанные на широком привлечении населения и программам по работе в общинах. Однако усилия, предпринимаемые в республике для распространения подобного опыта, являются недостаточными, а программы по работе с сообществом практически отсутствуют. Кроме того, там, где эта деятельность реализуется, ее мониторинг и оценка проводятся неудовлетворительно, так же как и исследования, направленные на оценку эффективности этих программ.

В Кыргызстане мы сосредоточили основное внимание на тех программах, которые можно внедрить на уровне первичной медико-санитарной помощи, например, в селах и медицинских учреждениях первичного уровня в районах. Информация, представленная в настоящем документе, была собрана из различных источников и описывает состояние материнской и неонатальной помощи в стране и соответствующие программы. Для этой цели был проведен эмпирический анализ, который может оказаться полезным при принятии соответствующих решений. Авторы выявили, что согласно отчетам государственных структур и других организаций, в стране в настоящее время внедряется большое количество программ в сфере здоровья матери и новорожденного. Для этих программ, созданных на основе доказательной медицины и которые могут изменить сложившуюся ситуацию, предлагается образец/модель проведения оценки их эффективности и реального охвата этими программами. Кроме того, здесь описывается текущая деятельность, направленная на улучшение здоровья матери и новорожденного, включая инновационные пути для решения тех трудностей, которые стоят перед Министерством здравоохранения и различными неправительственными организациями, работающими в Кыргызстане.

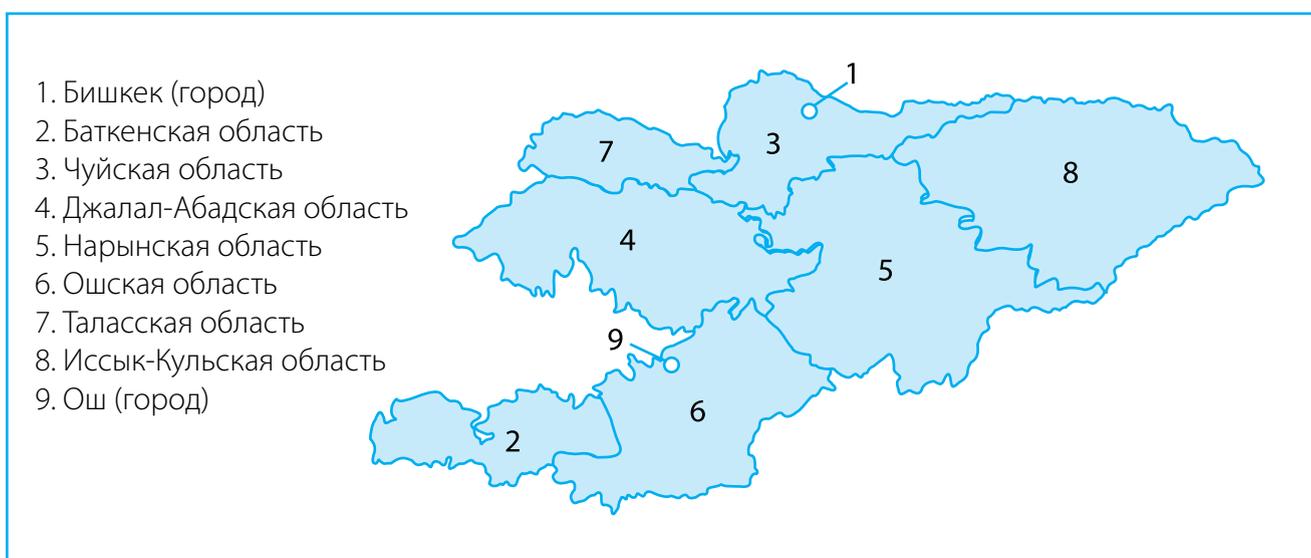
Заключительная часть документа содержит рекомендации для учреждений первичного уровня по установлению случаев материнской и детской смертности, которые можно предотвратить. Эти рекомендации основаны на программной стратегии, описанной в ряде изданий Ланцет, которые касаются вопросов «Детской и неонатальной выживаемости». Например, количество смертей, которые можно предотвратить, при условии, что охват этими доказавшими свою эффективность программами, составит 90%. Такой анализ необходимо проводить для того, чтобы способствовать принятию рациональных решений относительно инвестиций как в существующие программы, так и в разработку новых экономически эффективных проектов. Информация о воздействии, которое оказывается в рамках комплексного внедрения мер, помогает планировать программы и дает возможность донорам и политикам определять пошаговые инвестиции в сферу материнского, детского и неонатального здоровья.

# ВВЕДЕНИЕ



Кыргызстан является одной из стран Средней Азии, которая окружена со всех сторон такими странами как Казахстан, Китай, Таджикистан и Узбекистан. Тянь-шаньские горы занимают почти 80% площади страны. Климат в различных регионах страны является неодинаковым. В Ферганской долине, расположенной на юго-западе, климат субтропический и отличается чрезвычайно жарким летом, когда температура достигает 40°C (104°F). На северных подножьях гор температура умеренная и климат, в зависимости от высоты, варьирует от сухого континентального до полярного. В силу преобладания горной местности возделывается только 8% земель, которые расположены в основном на севере страны и в Ферганской долине.

Кыргызстан состоит из 7 областей, которые управляются назначаемыми губернаторами. Столица республики город Бишкек и второй по величине город Ош являются административно независимыми и имеют столичный статус (см. ниже карту).



## Население и человеческое развитие

Население страны составляет 5 миллионов жителей. Средняя плотность населения на квадратную милю равна 69 жителям, или 29 человек на квадратный километр. Большинство населения (65%) проживает в сельской местности и 35% - в городах. Что касается возрастной структуры, то 53% жителей представлено трудоспособным взрослым населением, 38% составляют дети и 9% - пожилые люди. На территории Кыргызстана проживают различные этнические группы. Большую часть населения (65%) составляют кыргызы, две другие самые большие, и примерно одинаковые по количеству национальности – это узбеки и русские, которые представляют около 25% всего населения страны. Менее 10 % жителей представлены другими этническими группами и национальностями. Население Кыргызстана имеет высокий уровень образования; грамотное население составляет 98.7%. Продолжительность жизни в 2001 году составила лет в целом 68.7, притом для мужчин она равняется 65.0 годам, а для женщин - 72.6 лет.

## Экономика

Несмотря на помощь крупных западных кредиторов, включая Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и Азиатский банк развития, Кыргызстан после получения независимости испытывает экономические трудности. В начале они явились результатом распада советского торгового блока и потерей рынков, что затруднило переход страны к свободной рыночной экономике. Государство сократило расходы, прекратив большинство денежных субсидий, и ввело налог на добавленную стоимость. В целом, правительство страны неуклонно продолжает переход к принципам рыночной экономики. В то же время, несмотря на значительное улучшение состояния экономики, особенно

---

по сравнению с 1998 годом, все еще остаются проблемы, связанные с адекватными бюджетными поступлениями и обеспечением населения надлежащими социальными услугами.

Сельское хозяйство является важным сектором экономики Кыргызстана. В 2002 году поступления сельскохозяйственной отрасли, в которой была занята примерно половина населения, составили 35.6% ВВП. Большая часть территории Кыргызстана занята горами, приспособленными для выращивания скота, что является наиболее развитой отраслью сельскохозяйственной деятельности, дающей шерсть, мясо и молочные продукты, которые являются основным товаром. В число основных сельскохозяйственных культур входят пшеница, сахарная свекла, картофель, хлопок, табак, овощи и фрукты. Так как импортированные химикаты и топливо являются очень дорогими, часть сельскохозяйственных работ выполняется вручную с использованием лошадей. Переработка сельскохозяйственной продукции составляет основу промышленной экономики.

Кыргызстан богат минеральными ресурсами, но ограничен в природных запасах нефти и газа. Металлургия является одной из важных отраслей промышленности, и правительство активно поощряет участие зарубежных инвесторов в добыче и переработке золота. Изобилие водных ресурсов и гористая местность позволяют стране производить и экспортировать большие объемы гидроэлектроэнергии.

Несмотря на снижение бедности с 1998 года и быстрое сокращение уровня крайней бедности с 30% до 11% в 2005 году, эти показатели все еще остаются высокими. В 2005 году почти каждый четвертый житель республики (43%) не мог удовлетворить свои основные потребительские потребности, а каждый десятый (11%) – потребности в основных продуктах питания. Бедность широко распространена не только в сельской местности, где она достигает 51% (крайней бедности – 14%), но и в городах, где ее уровень составляет 30% (уровень крайней бедности – 6.5%).

## **Услуги здравоохранения**

Система здравоохранения является тем сектором экономики Кыргызстана, который подвергся самому значительному реформированию. Национальная программа реформирования здравоохранения «Манас» внедрялась в стране в течение 1996-2006 гг. В 2006 году правительство приняло Национальную программу реформирования здравоохранения «Манас-Таалими» на период 2006-2010, которая была разработана совместными усилиями соответствующих министерств и структур, всего сообщества специалистов системы здравоохранения и донорских организаций.

В Кыргызской Республике сложилась хорошо развитая система здравоохранения, в инфраструктуре которой находятся многочисленные медицинские учреждения, где предоставляются услуги матерям. Медицинские услуги оказываются в больницах областного и республиканского уровней, в специализированных клиниках, амбулаторных учреждениях и исследовательских институтах. Клиническое лечение в этих учреждениях направлено на минимизацию последствий заболеваний или других расстройств. В эту систему входят услуги, предоставляемые в специализированных родильных учреждениях, акушерских и гинекологических отделениях больниц общего профиля, женских консультациях и фельдшерско-акушерских пунктах (ФАПах). В сельской местности имеется развитая сеть фельдшерско-акушерских пунктов. Услуги в области материнского и детского здоровья в Кыргызской Республике повсеместно предоставляются через многочисленную сеть медучреждений первичного уровня. Почти 98 % всех родов происходит в родильных домах, и в редких случаях в больницах общего профиля. Чаще всего врачи предоставляют дородовую помощь в центрах семейной медицины, областных и сельских амбулаторных учреждениях и ФАПах. Оказание дородовой помощи начинается на ранней стадии беременности (обычно в первом триместре беременности) и продолжается на ежемесячной основе в течение всего периода беременности.

Услуги по оказанию помощи детям в Кыргызской Республике включают неонатальный уход, который, как правило, оказывается в течение первой недели после рождения, пока женщина с новорожденным

---

ребенком находится в родильном доме. После выписки из родильного учреждения ребенка навещает патронажная медсестра, которая осматривает его и консультирует мать по уходу за новорожденным. Мать с ребенком должна регулярно посещать поликлинику или другое амбулаторное учреждение для медицинского осмотра и вакцинации до тех пор, пока ребенку не исполнится два года. В случае болезни или возникновения состояния, которое требует специализированного ухода или госпитализации, врач в ЦСМ может направить ребенка к педиатру.

Социально-экономические перемены, произошедшие в Кыргызской Республике в течение последних 5-ти лет, оказали влияние и на сектор здравоохранения. Сокращение финансовых поступлений стало основным препятствием для оказания медицинской помощи и предоставления услуг, что, в свою очередь, привело к ухудшению состояния здоровья населения.

## ПРЕДЫСТОРИЯ



Существующая система перинатальной помощи является недостаточно эффективной для уменьшения перинатальной, неонатальной, младенческой и материнской смертности в Кыргызской Республике. Хотя сравнение результатов, полученных благодаря демографическому исследованию (МДИ) в 1997 году с результатами МИКО 2006 года показывает, что показатель младенческой смертности уменьшился с 66.0 до 38.0, смертность до 5 лет – с 72.3 до 44.0, и показатель материнской смертности – от 110 до 104. Кроме того, официальные данные Министерства здравоохранения демонстрируют улучшение состояния регистрации живорождений и мертворождений, что подтверждается увеличением показателей смертности, которые приближаются по значению к таковым, полученным в результате исследований.

Тем не менее, все показатели смертности остаются неприемлемо высокими, что приводит к выводу о необходимости принятия немедленных и согласованных усилий, а также инвестиций в соответствующие программы, для эффективного снижения уровня смертности.

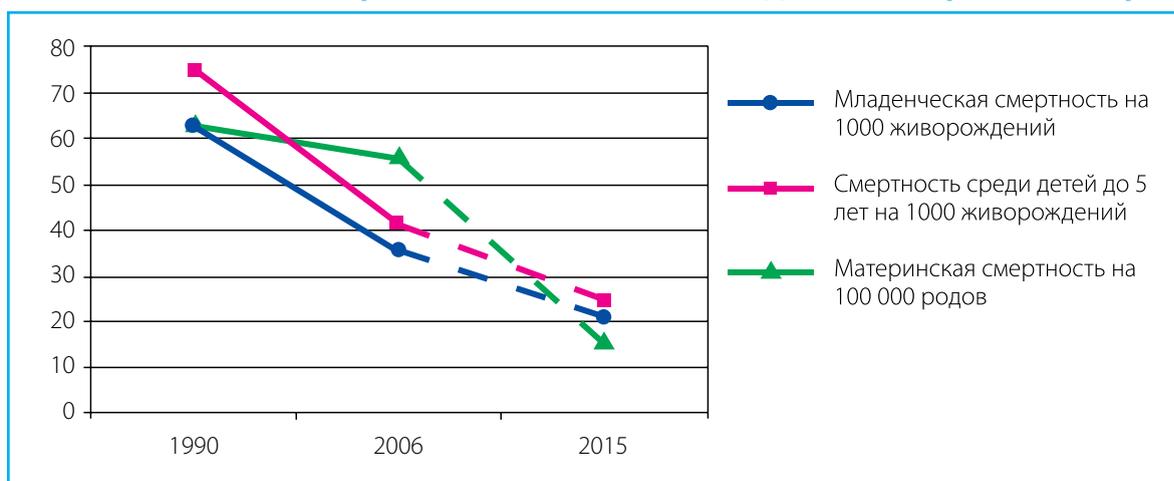
**Таблица 1.1: Показатели младенческой смертности (ПМС), показатели смертности детей до 5 лет (УДС5) и показатели материнской смертности (МС), данные исследования<sup>1</sup>**

	1990	1995	1997 МДИ	2000	2003	2005	2006 МИКО	2007
ПМС < 12мес	68.0	63.0	66.0	61.3	59.0	58.0	38.0	33.0
УДС5 < 5 лет		70.0	72.3			45.0	44.0	42.0
МС				110.0		150.0	104.0	

Источники: ВОЗ, МДИ, ЮНИСЕФ, МИКО (Мультииндикаторное кластерное обследование).

С 2004 года в Кыргызстане внедряются международные показатели живорождения и мертворождения (что привело к увеличению зарегистрированных случаев неонатальной смерти, выросших за период 2003-2004 примерно на 50%). Однако показатели смертности все еще занижены в силу того, что смертные случаи не регистрируются, утаиваются или неправильно классифицируются. Согласно данным ВОЗ за 1992, 1995, 2001 годы и демографического исследования (МДИ) за 1997 год, показатели младенческой смертности стабильно превышают на 30-35 пунктов официально зарегистрированные республиканские показатели. Причины младенческой и материнской смертности обусловлены рядом экономических, социальных и культурных факторов, состоянием общественного здравоохранения, демографической структурой, поведенческими навыками и т.д. И если при изучении показателей детской и младенческой смертности наблюдается тенденция к уменьшению, то уровень материнской смертности остается на прежнем уровне. Общеизвестно, что младенческая смертность считается одним из наиболее чувствительных индикаторов, определяющих уровень бедности в какой-либо стране и, в более широком смысле, уровень социально-экономического и человеческого развития. Принятие мер в отношении младенческой, детской и материнской смертности является одной из самых насущных общественных проблем, которая должна стать приоритетной для государства.

**Рисунок 1.1: Прогресс в достижении ЦРТ: показатели младенческой смертности, смертности детей до 5 лет (УДС5) и материнской смертности<sup>2</sup>**



Изучение данных, полученных в рамках МИКО в 2006, показывает, что фактические показатели материнской и младенческой смертности (до 1 года) в республике выше, чем официально зарегистрированные показатели. Таким образом, показатель материнской смертности составляет 38 на 1000 живорожденных, притом что этот показатель в 1.4 раза выше в сельской местности, по сравнению с городской.

**Таблица 1.2: Текущий прогресс в достижении ЦРТ<sup>3</sup>**

Цели	Количество и регулярность информации из исследований			Качество информации, полученной из исследований			Статистический анализ			Статистика при/ для принятия решений			Подготовка отчетов и распространение информации		
	Сильное	Среднее	Слабое	Сильное	Среднее	Слабое	Сильное	Среднее	Слабое	Сильное	Среднее	Слабое	Сильное	Среднее	Слабое
Уменьшение детской смертности		√			√			√			√			√	
Улучшение материнского здоровья		√			√			√			√			√	

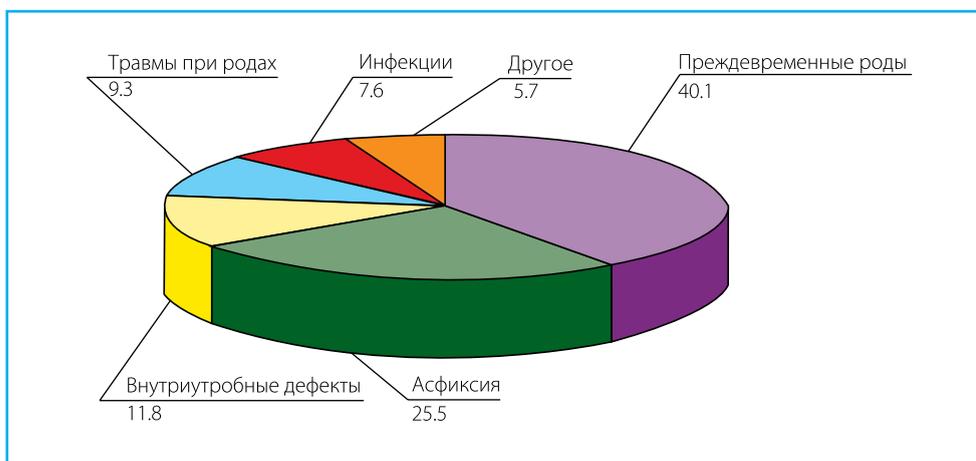
Уменьшение смертности происходит за счет: 1) внедрения улучшенной перинатальной помощи и дружелюбных услуг для ребенка в 48% (из 62 родильных учреждений в республике) родильных учреждений, что оказывает воздействие на непосредственные причины смертности среди матерей и новорожденных; 2) внедрения по всей стране программы ИВБДВ, которая оказывает непосредственное воздействие на причины детской смертности; и 3) высокого охвата иммунизацией, грудным вскармливанием, обеспечением средствами и услугами в сфере репродуктивного здоровья. Результаты, достигнутые в области детского, младенческого и материнского здоровья, обусловлены инвестициями в обучение и консультирование медицинских работников, минимальный уровень инфраструктуры, оборудование и средства, включая высокую политическую приверженность, что подтверждается включением детей до 5 лет, беременных и кормящих грудью женщин, обеспечение контрацептивными средствами, в программу государственных гарантий. Этому же способствовало создание Национального центра охраны материнства и детства в Министерстве здравоохранения, государственное финансирование вакцин, принятие перинатальной программы, а также внедрение обновленных курсов по материнскому и детскому здоровью в программы обучения Кыргызского государственного медицинского института по переподготовке медицинских работников.

## Младенческая и детская смертность

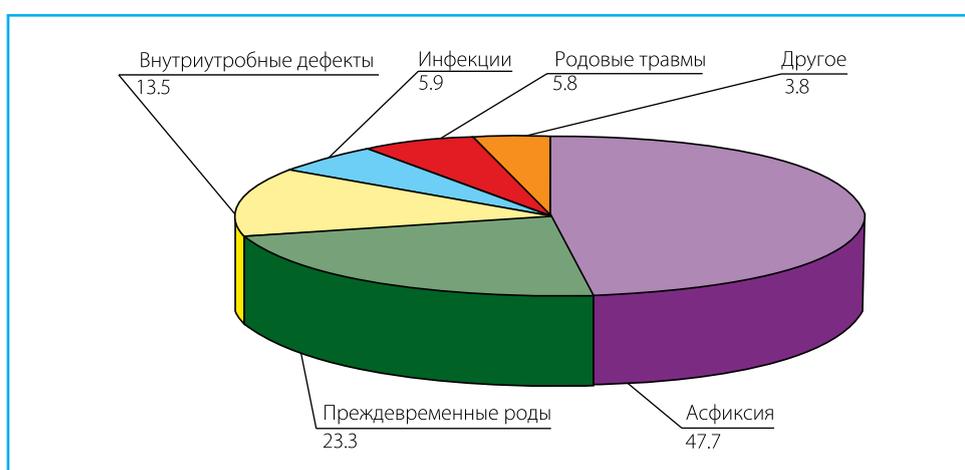
Установление уровня детской и младенческой смертности в Кыргызской Республике затруднено в силу того факта, что до 2004 года в стране использовались критерии живорождения и мертворождения, принятые еще в советское время. Это привело к тому, что показатели младенческой и детской смертности оказались заниженными.

С переходом в 2004 году к использованию критериев живорождения и мертворождения, рекомендованных ВОЗ, в стране регистрируется прогнозируемый рост младенческой смертности (Национальный статистический комитет (Нацкомстат): 2004 – 25.6 на 1000 живорожденных; 2007 – 29.8, и согласно данным Министерства здравоохранения – 32.6). В возрастной структуре младенческой смертности более чем две трети младенцев умирает в неонатальном периоде (0-27 дней), включая 87-89% всех смертных случаев, произошедших в раннем неонатальном периоде (0-6 дней). Рисунок 1.2 показывает структуру основных причин ранней неонатальной смертности, а рисунок 1.3 – перинатальные причины.

**Рисунок 1.2: Причины ранней неонатальной смертности в Кыргызстане, 2006 (%)<sup>4</sup>**



**Рисунок 1.3: Причины перинатальной смертности, Кыргызская Республика, 2006 (%)<sup>4</sup>**



В течение первых 28 дней умирает 50% всех умерших до 1 года младенцев (младенческая смертность) и 75% – в течение первых семи дней после рождения. Смертельные случаи, произошедшие в перинатальном периоде, являются основными причинами детской смертности. В 2006 году эти причины составили 61% всех случаев детской смертности в возрасте до 1 года. Среди причин отмечаются респираторные заболевания, врожденные аномалии, инфекционные болезни и паразиты. Смертность в этом периоде также связана с осложнениями во время беременности, которые не были диагностированы, неудовлетворительной дородовой и послеродовой помощью, недостаточной квалификацией акушеров и недостаточностью услуг по реанимации новорожденных.

Сравнительный анализ показателей неонатальной смертности в тех областях, где внедряется программа по оказанию эффективной перинатальной помощи, с теми, где этой программы нет, демонстрирует тенденцию к уменьшению показателей в тех областях, где эта программа внедряется, и увеличение там, где эта программа еще не внедрена. Результаты этого сравнения свидетельствуют о необходимости скорейшего распространения программ по повышению эффективности перинатальной помощи, особенно в Ошской, Жалалабатской и Чуйской областях, которые вносят значительный вклад в уровень рождаемости в республике и уровень младенческой смертности. Без инвестиций в улучшение перинатальной помощи в Ошской, Джалал-Абадской и Чуйской областях национальные показатели не улучшатся, как ожидалось, к 2010 году.

Согласно данным МИКО, показатель младенческой смертности в Кыргызской Республике составляет 38, в то время как показатель детской смертности – 44. Смертность среди мальчиков как в возрасте до

1 года, так и до 5 лет, выше в 1.8 раз, чем среди девочек, что в значительной степени обусловлено биологическими факторами. В сельской местности, где жизненный уровень ниже, показатель младенческой смертности выше в 1.4 раза по сравнению с городской местностью.

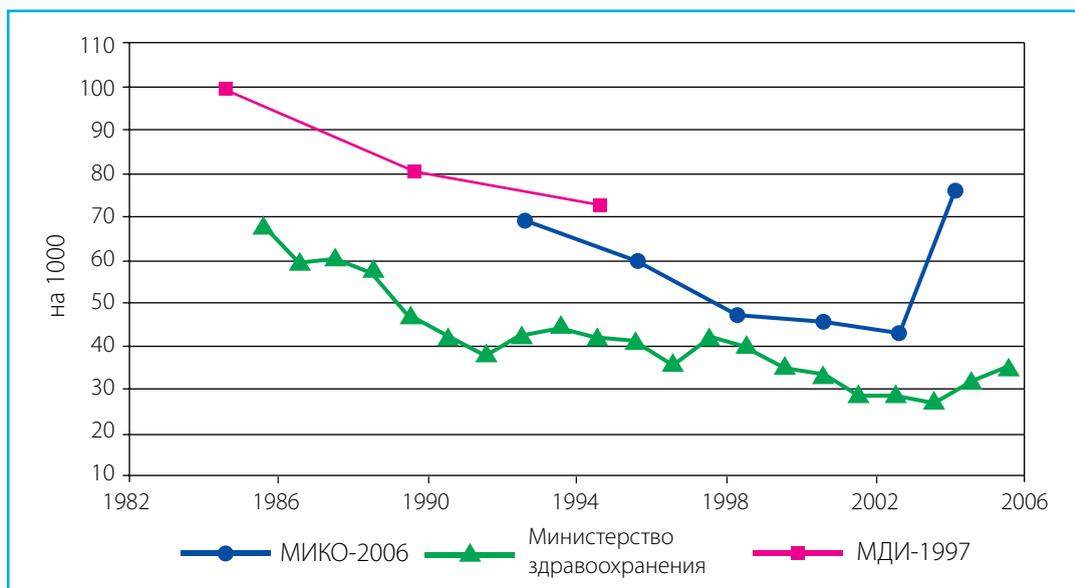
**Таблица 1.3: Смертность среди младенцев и детей до 5 лет, Кыргызская Республика, 2006<sup>5</sup>**

	Показатель младенческой смертности	Смертность среди детей до 5 лет
<b>ПОЛ</b>		
Мальчики	48	56
Девочки	27	31
<b>МЕСТНОСТЬ</b>		
Город	31	35
Село	43	50
Всего	38	44

Смертность детей до 5 лет зависит также от надлежащего и интегрированного ведения детских болезней и охвата иммунизацией. Лекарственные средства, используемые согласно протоколам ИВБДВ, включены в список ЖВЛС, а охват иммунизацией составляет 98.8%. Тенденция к дальнейшему снижению будет зависеть от внедрения ИВБДВ на госпитальном уровне для дополнения услуг, оказываемых в амбулаторных учреждениях.

Сравнительный анализ данных по детской и младенческой смертности, собранных в рамках медико-демографического исследования по здравоохранению за 1997 год, показывает устойчивое снижение этих показателей с 1980 г.

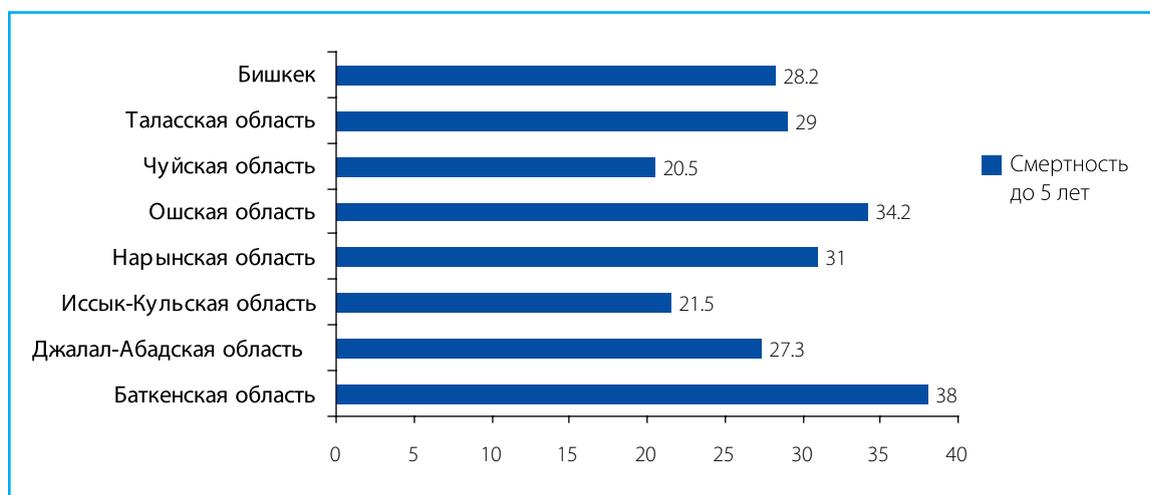
**Рисунок 1.4: Смертность среди детей до 5 лет в Кыргызской Республике, 2006**



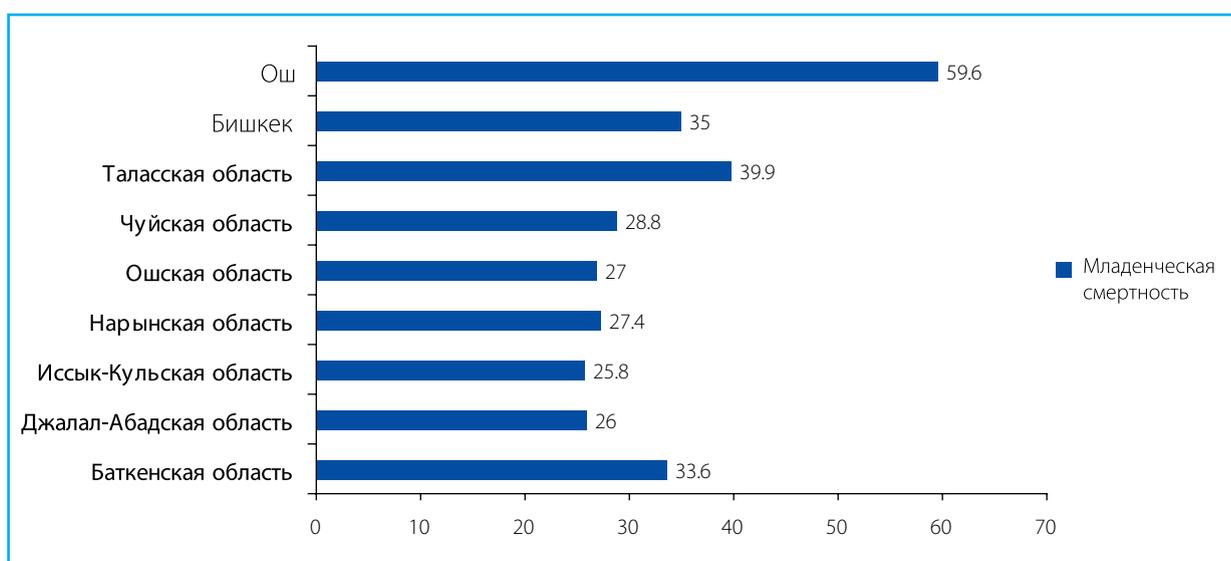
Вплоть до 2003 года наблюдалась тенденция снижения детской смертности, однако в 2003-2005 гг. после внедрения новой методологии и оценочных критериев, показатель детской смертности увеличился и составил 29.7 промилле. Показатели детской смертности существенно различаются по областям: детская смертность выше там, где располагаются перинатальные центры (Бишкек, Ош). Индикаторы детской смертности значительно различаются по регионам, так в Чуйской и Иссык-Кульской областях самые низкие показатели, а самые высокие показатели - в Баткенской и Ошской областях. Статистические данные демонстрируют тот факт, что в Бишкеке самый высокий показатель детской смертности, что обусловлено большим количеством внутренних мигрантов, проживающих в крайне бедных условиях. Наблюдается большой разброс медицинских учреждений, оказывающих перинатальную помощь в

Бишкеке, в том числе на вторичном уровне ухода за новорожденными. Среди подобных медицинских учреждений не имеется четкого разделения функций и наблюдается дублирование оказываемых услуг.

**Рисунок 1.5: Смертность среди детей до 5 лет по областям Кыргызской Республики**<sup>6</sup>



**Рисунок 1.6: Показатели младенческой смертности в Кыргызской Республике**<sup>7</sup>



Тот факт, что уровни младенческой и детской смертности в несколько раз выше в городах Бишкек и Ош чем в других областях Кыргызстана, говорит в поддержку предположения о недостаточности высококачественных медицинских услуг для детей. Родители привозят своих детей из отдаленных регионов в город для лечения, но очень часто осложненные случаи заканчиваются смертельным исходом как показано на рисунках 1.5 и 1.6. В разрезе областей наихудшие показатели наблюдаются в Баткенской и Таласской областях.

Анализ причин смертности показывает, что большинство смертельных случаев в неонатальном периоде происходит в течение первых 7 дней жизни младенца, а именно: в течение первых 24 часов после рождения. Это означает, что большинство смертных случаев в неонатальном периоде происходит в то время, когда мать с ребенком находится под наблюдением медицинского работника. Таким образом, для улучшения послеродовой помощи и предотвращения неонатальной смертности, основное внимание должно уделяться качеству медицинских услуг, которые предоставляются в медицинских учреждениях матери и ребенку, а также квалификации и компетентности медицинских работников. Диарея является одной из ведущих причин заболеваемости среди детей в возрасте до 5 лет. Дети, проживающие в сельской местности, страдают от диареи в 1.5 раза чаще по сравнению с городскими

детьми. Чаще всего диарея возникает у детей в возрасте 6-23 месяцев. Среди детей с диареей не получали оральной регидратационной терапии 79.6%.

## Материнская смертность

Согласно критериям живорождения и мертворождения, материнская смертность определяется как смерть женщины, вызванная осложненной беременностью (независимо от ее продолжительности и местонахождения), которая произошла во время беременности или в течение 42 дней после ее прерывания. Таким образом, уровень материнской смертности определяется количеством женщин, умерших по причине осложнений во время беременности, родов или в послеродовом периоде на 100,000 живорождений. Согласно данным Нацстаткома, официальный уровень материнской смертности в Кыргызстане в 2007 году составил 51.9 случаев на 100,000 живорождений, в то время как согласно данным Республиканского медико-информационного центра при Министерстве здравоохранения этот показатель составляет 62.3 случаев на 100,000 живорождений. (Для сравнения: в Европе показатель материнской смертности составляет 15.05 случаев на 100,000). Итак, очевидно, что официальная статистика приукрашивает реальную ситуацию. Согласно результатам мультииндикаторного кластерного обследования (МИКО), показатель материнской смертности составляет 104 случая на 100,000 живорождений.<sup>5</sup>

Материнская смертность зависит от надлежащего ухода за женщиной во время беременности, схваток, родов и в послеродовом периоде, но в особенности от качества акушерских услуг в больнице, предоставляемых как при нормальных родах, так и в случае оказания неотложной помощи. Кроме того, этот показатель зависит от профессиональных навыков медицинских работников. В Кыргызской Республике женщины имеют доступ к хорошо налаженной системе предоставления антенатальных услуг и помощи во время родов: 97% беременных женщин получают антенатальный уход и 97% рожают в больницах под наблюдением обученного медицинского работника. Кроме того, в 48% родильных учреждений внедряется улучшенная практика оказания перинатальной помощи. Мониторинг в этих учреждениях показывает уменьшение случаев послеродового кровотечения и увеличение случаев активного ведения родов в третьем периоде.

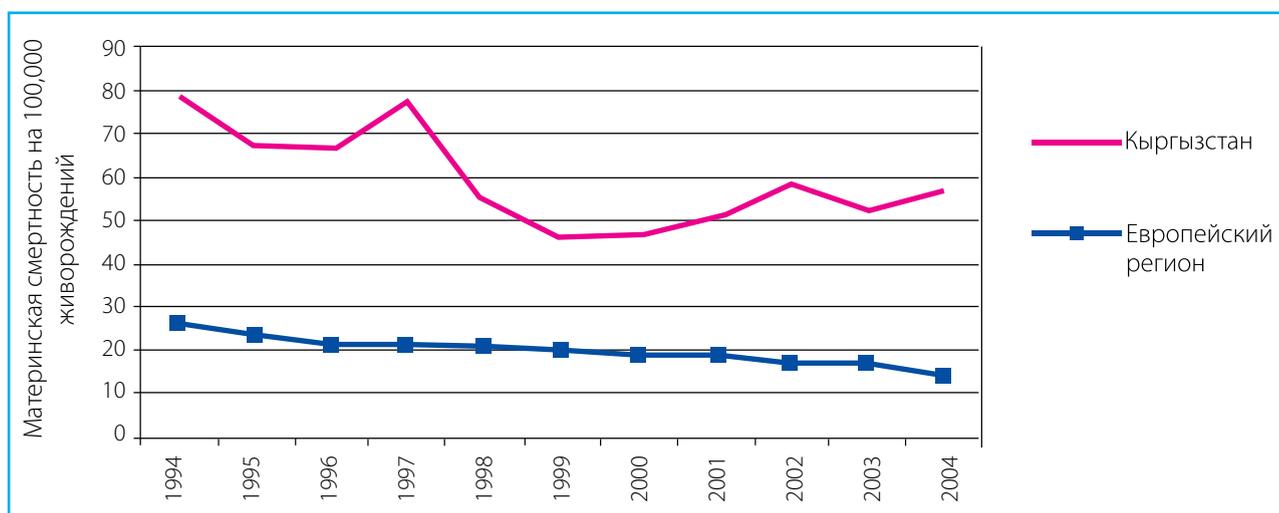
Еще одним достижением Кыргызстана является широкий охват контрацептивными средствами (47.8%), что обуславливает уменьшение количества нежелательных беременностей, аборт и родов, а также сокращение смертности в связи с осложнениями во время беременности. Дальнейшее снижение материнской смертности зависит от трех ключевых факторов: 1) дальнейшего распространения программы по эффективной перинатальной помощи, и обучения и менторства в тех родильных учреждениях, где она внедряется; 2) менторства и обучения по оказанию неотложной акушерской помощи, включая кровотечения и эклампсию; и 3) обеспечения доступа к услугам по репродуктивному здоровью, особенно для женщин, проживающих в отдаленной и сельской местности.

**Таблица 1.4: Охват услугами в сфере материнского здоровья (ВОЗ, 2005)<sup>9</sup>**

Страна	Роды под наблюдением обученного специалиста (%)	Роды в медучреждениях (%)	Количество антенатальных визитов 4 или более (%)	Показатель неонатальной смертности (%)	Показатель материнской смертности (%)
Кыргызстан	98	96	81	55	110

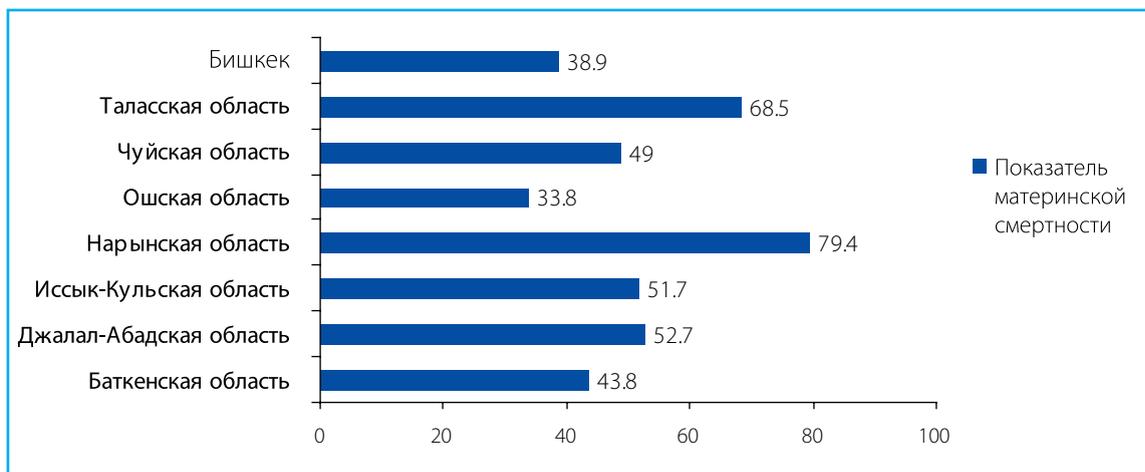
Несмотря на определенные достижения, уровень материнской смертности в Кыргызской Республике остается недопустимо высоким: 63.2 на 100,000 живорожденных в 2007. Согласно данным, полученным в результате МИКО в 2006 году, материнская смертность в Кыргызской Республике составила 104 на 100,000 живорожденных, что примерно соответствует оценкам международных организаций (ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ВОЗ) за последние 10-15 лет. По сравнению с показателями младенческой и детской смертности, уровень материнской смертности не снижается.

**Рисунок 1.7: Материнская смертность за 1994-2004, Кыргызстан<sup>10</sup>**



Показатели материнской смертности значительно различаются по регионам. Самые высокие показатели наблюдаются в беднейших областях – Нарынской и Таласской, а самые низкие – в городе Бишкек и Ошской области. Это указывает на зависимость данного индикатора от жизненного уровня и уровня бедности, которые являются определяющими причинами высокого уровня материнской смертности в республике.

**Рисунок 1.8: Областные показатели материнской смертности за 2000-04<sup>7</sup>**

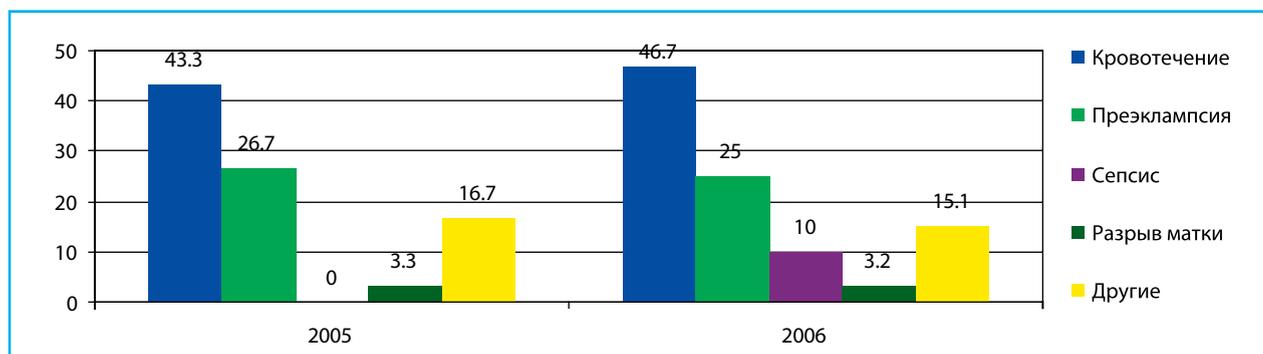


## Причины материнской смертности

Проблемы, связанные с гипертонзией во время беременности (40.0%), акушерские кровотечения (21.5%) и септические осложнения являются доминирующими причинами в структуре материнской смертности. Самым распространенным осложнением, приводящим к смертельному исходу, является послеродовое кровотечение. Другие жизни уносят сепсис, осложнения после небезопасного аборта, затяжные или осложненные роды, гипертензивные нарушения во время беременности и, особенно, эклампсия. Подобные осложнения требуют немедленного оказания качественных услуг по родовспоможению, включая обеспечение необходимыми лекарствами, включая антибиотики и растворы для трансфузии, проведение кесарева сечения и других хирургических вмешательств с тем, чтобы предотвратить смертельный исход в результате осложненных родов, эклампсии и не купируемых кровотечений. На первичном госпитальном уровне, где не хватает квалифицированного персонала и специализированного ухода, материнская смертность в 1.5-2 раза выше, а основными причинами

смертности являются неотложные акушерские состояния. Поэтому большинство беременных женщин в родах умирают за пределами областных родильных учреждений или перинатальных центров из-за неоказания своевременной или неотложной помощи, или плохого качества этой помощи.

**Рисунок 1.9: Причины материнской смертности в Кыргызстане (2005-2006) <sup>4</sup>**



Значительно увеличилось количество родов, протекающих с какими-либо осложнениями. В настоящее время нормальные роды составляют только 40% от всех родов в республике (в сравнении с 56% в России и 44% на Украине). В Баткенской и Таласской областях нормальные роды составляют менее одной трети всех родов.

Таким образом, уровни младенческой, детской и материнской смертности в Кыргызской Республике остаются относительно высокими. Причины младенческой и материнской смертности обусловлены рядом экономических, социальных и культурных факторов, состоянием общественного здравоохранения, демографической структурой, поведенческими навыками и т.д. Принятие мер в отношении младенческой, детской и материнской смертности является одной из самых насущных общественных проблем, которая должна стать приоритетной для органов государственной власти.

## Аntenатальный уход

Аntenатальный период – это время, в течение которого происходит внутриутробное развитие плода с момента образования зиготы и до родоразрешения. Очень важна организация системы антенатального ухода (антенатального наблюдения), куда входят услуги, оказываемые беременной женщине для защиты ее здоровья и здоровья еще не родившегося ребенка, оказание необходимой помощи ее партнеру или ее семье, для гармоничного перехода в материнство и отцовство.

Аntenатальный уход предусматривает профилактику, раннее обнаружение и лечение заболеваний матери и плода. Обучение женщины с целью помочь ей правильно подготовиться к родам и вызвать доверие к медицинскому персоналу (акушерке/фельдшеру) играет большую роль. Чтобы предотвратить неблагоприятные последствия, например, низкий вес при рождении, можно осуществлять такие вмешательства как улучшение статуса питания женщины и профилактику инфекций (например, малярии и ЗППП) во время беременности. Качественные медицинские услуги и проведение анализов в течение антенатального периода позволяют предотвратить и обнаружить на ранней стадии признаки и симптомы заболеваний или отклонений, что даст возможность матери обратиться за соответствующей помощью. А это, в свою очередь, поможет уменьшить смертность среди младенцев и новорожденных.

ВОЗ рекомендует, как минимум, 4 антенатальных визита, основываясь на данных, полученных в результате изучения эффективности различных схем антенатального ухода. Специальные рекомендации ВОЗ в отношении того, что необходимо сделать во время антенатального визита, включают:

- Измерение кровяного давления;
- Анализ мочи на бактериурию и протеинурию;
- Анализ крови на сифилис и тяжелую анемию;
- Измерение веса/роста (по выбору).

**Таблица 1.5: Антенатальный уход (МИКО) <sup>5</sup>**

	% беременных женщин, получивших антенатальные услуги один или более раз во время беременности	Анализ крови сделали	Кровяное давление измерили	Анализ мочи провели	Вес измерили
Баткен	97.4	97.1	97.1	97.1	97.1
Джалал-Абад	92.7	92.4	92.6	92.0	90.0
Иссык-Куль	99.4	99.4	97.7	99.4	99.2
Нарын	97.2	97.2	97.2	97.2	96.7
Ош	96.8	94.4	96.3	94.2	95.5
Талас	97.9	96.8	97.9	96.8	97.9
Чуй	99.9	99.7	97.4	99.7	99.4
Бишкек	99.4	99.4	99.4	99.4	99.4

Охват антенатальными услугами (через врача, медсестру или акушерку) почти неизменен: 97 процентов женщин, получивших антенатальные услуги, хотя бы один раз во время беременности. Имеется незначительное различие в отношении медицинского персонала, проводившего осмотр: всего в присутствии любого медработника – 97%, в присутствии врача - 85%.

**Таблица 1.6: Антенатальный уход в Кыргызстане за 1997- 2006**

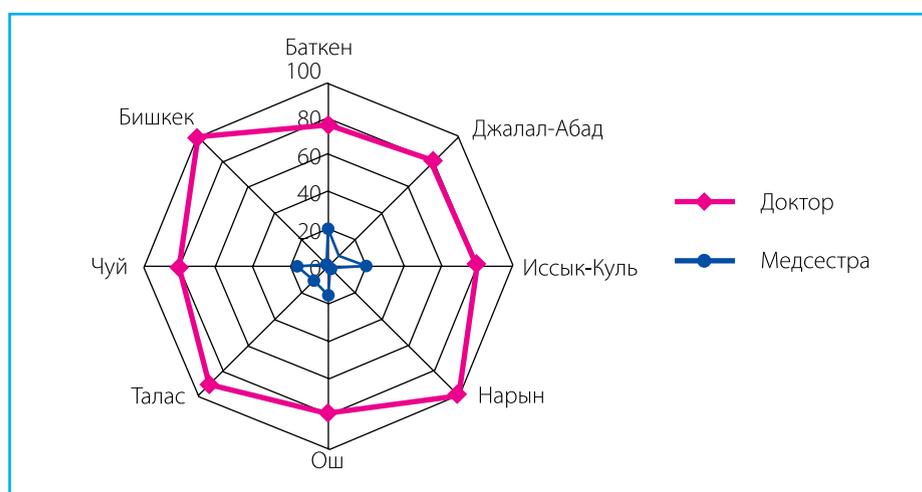
	Любой медработник	Врач	Обученная медсестра/ акушерка
Кыргызстан, 1997	97.5%	65%	32%
Кыргызстан, 2006	97%	85%	11%
В городе, 1997	99%	92%	6%
В городе, 2006	99%	95%	4%
В селе, 1997	97%	58%	39.5%
В селе, 2006	95%	79%	16%

Количество беременных женщин, получивших антенатальный уход/наблюдение один или несколько раз в течение беременности, составляет 96.9%. Анализ показывает отсутствие существенных различий по регионам. Тем не менее, имеется небольшое различие между количеством женщин, получивших профессиональный антенатальный уход в сельской и городской местности (95.4% и 99.0% соответственно). В самой бедной квинтильной группе количество этих женщин составило 93.6%, а в самой богатой квинтильной группе – 99.0%. Согласно данным исследования, в 85.3% случаях антенатальный уход осуществлялся врачом, а в 11.3% случаях – медсестрой или акушеркой. Из числа обследованных женщин, 2.5% не получали антенатальный уход во время беременности. Относительно предоставления антенатальных услуг врачом или другим медработником отмечается разница в сельской и городской местности (79.0% против 94.6% соответственно).

Наибольшее количество женщин, получивших антенатальные услуги от врача, проживает в Бишкеке (98.2%) и в Нарынской области (94.6%), в то время как в Иссык-Кульской и Баткенской областях количество женщин, получивших антенатальную помощь, составило 78% и 75.5% соответственно (Рисунок 1.10). Аналогично, самое большое количество женщин, получивших антенатальную помощь от медсестры или акушерки, наблюдалось именно в этих областях (18.5% в Иссык-Кульской области и 21.8% - в Баткенской). Кроме того, наблюдалась корреляция между показателем благосостояния домохозяйств и охватом антенатальными услугами, которые были предоставлены врачами. Наименьший охват оказался в самой бедной и второй квинтильной группе (71.7% и 82.4% соответственно), а самый высокий – в самой богатой и четвертой квинтильной группе (93.3% и 88.6% соответственно).

Необходимо отметить, что низкое качество антенатальной помощи обусловлено недостаточностью комплекса предлагаемых антенатальных услуг для беременных женщин с различными патологиями. Это особенно характерно для сельской местности, и обусловлено, в числе прочего, отсутствием критериев по своевременному направлению пациентки к соответствующему специалисту или медицинское учреждение, отсутствием мониторинга о соответствии клиническим протоколам, высоким уровнем оттока специалистов и отсутствием мотивации среди медработников, поощряющей их к качественной работе. В некоторых отдаленных ФАПах и ГСВ оборудованы больничные койки для приема родов. Тем не менее, эти акушерские учреждения не имеют подходящего оборудования и квалифицированного персонала, что делает невозможным обеспечение безопасных родов, как для женщин, так и для новорожденных.

**Рисунок 1.10: Охват антенатальными услугами в Кыргызской Республике, 2006<sup>5</sup>**



## Организация ухода в дородовой период, во время родов и в послеродовом периоде для женщин и новорожденных

Отсутствие в республике системы, гарантирующей поступление контрацептивных средств, и ограниченные ресурсы не позволяют осуществлять закупки и ставят страну в зависимость от донорских поставок (ЮНФПА и ЮСАИД). Неоправданно затянутая процедура одобрения клинических протоколов препятствует внедрению эффективных и признанных программ по оказанию помощи женщинам и детям. В 45% всех родильных учреждений отсутствуют эффективные перинатальные технологии, не внедрена система мониторинга и обучения на рабочих местах, руководители не заинтересованы, работа с населением ведется неудовлетворительно, отсутствует программа подготовки семьи к родам. Внедрение аудита материнской и перинатальной смертности откладывается.

Инфраструктура большинства родильных учреждений находится в плачевном состоянии: отсутствует или не работает система канализации и водопровод, протекает кровля, нет отопления и системы обеспечения кислородом, а также средств для мытья рук, необходимых лекарств и средств медицинского назначения. Оказание неотложной акушерской помощи осуществляется неудовлетворительно. Отсутствует единый подход по оказанию помощи беременным женщинам с тяжелыми формами эклампсии и преэклампсии среди акушеров-гинекологов, анестезиологов и специалистов по реанимации. Несмотря на улучшение регистрации материнской и детской смертности, все еще остается значительное расхождение между официальными данными и данными независимых источников.

Три четверти всех материнских случаев смерти происходит во время родов и сразу после родов. Наиважнейшей интервенцией для безопасного материнства является обеспечение присутствия компетентного медицинского работника с акушерскими навыками при каждом роде и наличие транспорта для доставки в соответствующее медицинское учреждение для оказания неотложной

акушерской помощи. Целью организации «Мир созданный для детей» является обеспечение женщин готовыми и доступными услугами обученного специалиста во время родов. В качестве индикаторов используется количество родов в присутствии обученного специалиста и количество родов в медицинских учреждениях. Основная помощь женщинам во время родов включает безопасные (не травмирующие) роды, раннюю диагностику и лечение осложнений, возникающих во время родов (таких как обильное кровотечение, эклампсия, затяжные роды и т.д.), раннюю диагностику, лечение послеродовых осложнений и эффективный уход после родов. Не менее важным является внимание, которое оказывается новорожденному в раннем неонатальном периоде.

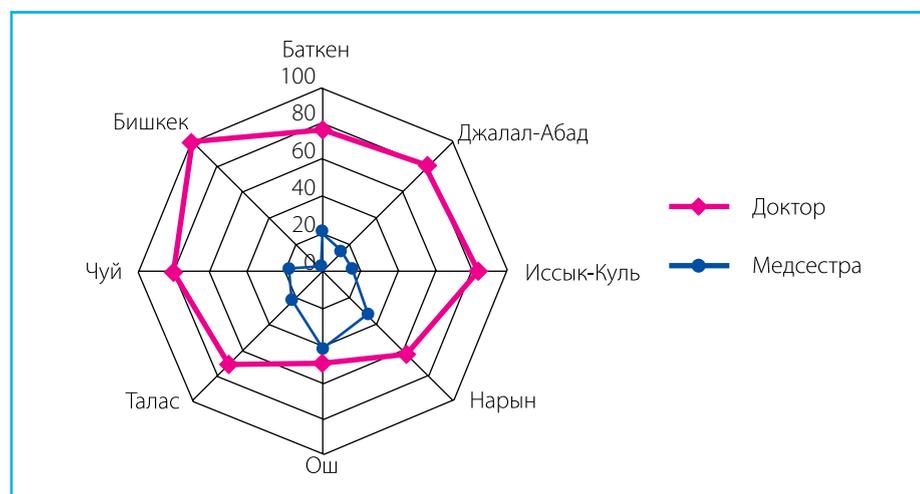
**Таблица 1.7: Помощь во время родов, Кыргызстан, 1997 и 2006**

	Всего, 1997	Всего, 2006	В городе, 1997	В городе, 2006	В селе, 1997	В селе, 2006
Любой обученный	98%	98%	100%	100%	98%	95%
Врач	61%	76%	77%	94%	56%	64%

Для оценки количества родов в присутствии обученного специалиста в МИКО было включено несколько вопросов. К обученным специалистам относятся врач, медсестра, акушерка или помощник акушерки. В настоящее время роды в больницах в Кыргызской Республике являются бесплатными. Однако, несмотря на это, помощь во время родов не всегда доступна для женщин, особенно для тех, кто проживает в отдаленных горных селениях, например, в Нарынской, Ошской или Джалал-Абадской областях.

Анализ выявил, что роды в подавляющем большинстве (96.9% по всей республике) проходят в медицинских учреждениях. В большинстве областей не было обнаружено региональных различий, за исключением Баткенской и Джалал-Абадской областей. В этих областях процент родов в медицинских учреждениях составил 88.3% и 92.6%, соответственно.

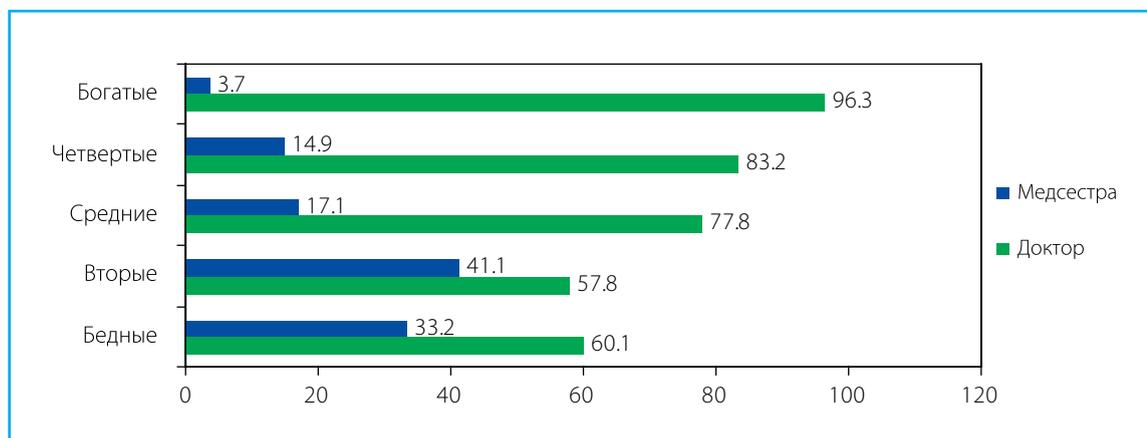
**Рисунок 1.11: Количество родов в присутствии обученного специалиста, Кыргызская Республика, 2006<sup>5</sup>**



Все роды в Чуйской и Иссык-Кульской областях, а также в городе Бишкек, проходили в присутствии обученного медицинского персонала. В большинстве случаев (76.3%), помощь в родах была оказана врачами, а в 20.9% случаев услуги оказывались медсестрой или акушеркой. Только в 1.8% случаев обученный специалист не присутствовал при родах (Рисунок 1.11).

Было выявлено, что присутствие при родах врача или медсестры/акушерки зависело от места проживания женщины. В городской местности врачами оказывалась помощь в 94.2% родов, и только в 5.7% случаев помогала медсестра или акушерка. В сельской местности врачи вели 64.0% родов, а медсестры/акушерки – 31.2% родов.

**Рисунок 1.12: Количество родов в присутствии врача или медсестры/акушерки в зависимости от показателя благосостояния домохозяйств, Кыргызская Республика, 2006<sup>5</sup>**



Результаты исследования, рассмотренные в соответствии с этническими группами, показали, что количество родов, где помощь оказывает врач, несколько больше для русских респондентов (86.4%) по сравнению с другими этническими группами. Среди русских респондентов в 100% случаев роды принимались в медицинских учреждениях. Количество родов в присутствии врача достигает 74.0% среди кыргызских женщин, притом, что 22.7% родов проходит при помощи медсестры или акушерки. Для узбекских женщин это количество составляет 72.6 % и 23.6%, соответственно.

Согласно исследованию, чем выше уровень образования женщины, тем выше вероятность того, что роды у нее принимает врач, в то время как количество родов, принятых при помощи медсестры или акушерки, больше среди женщин со средним образованием.

Показатель благосостояния домохозяйств также взаимосвязан с тем, кто оказывает помощь во время родов. Как показано на рисунке 1.12 почти 60% женщин из самой бедной квинтильной группы домохозяйств рожали при помощи врачей, а 33.2% женщин из подобных домохозяйств оказывали помощь медсестра или акушерка. Для женщин из самой богатой квинтильной группы эти индикаторы соответственно равняются 96.3% и 3.7%.

## Грудное вскармливание

По всему Кыргызстану улучшились гигиенические условия, внедряется раннее прикладывание «кожа к коже» сразу после родов и исключительное грудное вскармливание, что становится стандартной практикой. Статистика в отношении раннего прикладывания к груди (согласно медико-демографическому обследованию) показывает, что почти 70% женщин начинает грудное вскармливание в течение первого часа после родов и 89% – в течение первого дня. Это является очень важным достижением по сравнению с данными за 1997, которые составили 53% и 64%, соответственно. Показатели исключительного грудного вскармливания в раннем младенческом возрасте также улучшились, хотя и остаются низкими.

В ходе проведения медико-демографического обследования оценивались показатели, связанные с началом грудного вскармливания, статусом грудного вскармливания и средней продолжительностью грудного вскармливания.

## Начало грудного вскармливания

Начало грудного вскармливания	1997	2006
Прикладывание к груди в течение первого часа	53%	70%
Прикладывание к груди в течение первого дня	65%	89%

Исключительное грудное вскармливание	1997	2006
Дети в возрасте 0-3 месяцев на ИГВ	31%	41%
Дети в возрасте 0-5 месяцев на ИГВ	15%	32%
Дети в возрасте 6-9 мес получают адекватное питание	-	49%
Дети в возрасте 12-15 мес получают грудное молоко	79%	68%
Дети в возрасте 20-23 мес получают грудное молоко	21%	26%

## Питание

В Кыргызстане 13.7% детей в возрасте до 5 лет страдают от хронического недоедания/имеют отставание в росте. Величина этого показателя варьирует в различных областях страны, где также наблюдается значительное различие между показателями статуса питания. Показатель отставания в росте среди детей до 5 лет является самым высоким в Таласской, Иссык-Кульской и Баткенской областях (примерно 22-27%), самый низкий показатель наблюдается в городе Бишкек, а также Джалал-Абадской и Чуйской областях (примерно 8-10%). В Нарынской и Ошской областях этот показатель равен 14-15%. Истощение наиболее распространено в Джалал-Абадской и Иссык-Кульской областях (8-9%). Интересно, что избыточный вес среди детей наиболее распространён в Иссык-Кульской и Таласской областях, то есть там, где наблюдается самый высокий показатель отставания в росте.

Результаты мультииндикаторного кластерного обследования за 2005 год свидетельствуют об улучшении статуса питания среди детей по сравнению с 1996 годом. Так, согласно данным демографического исследования, которое было проведено в 1996 году, почти 25 процентов детей в возрасте 0-35 месяцев имели отставание в росте, тогда как в 2005 году их число составило 13.7 процентов. А число детей с малым весом уменьшилось с 11% в 1996 году до 3.4% процентов в 2005 (МИКО).

**Таблица 1.8: Распространенность недостаточности питания в Кыргызстане, 1996- 2005 <sup>11</sup>**

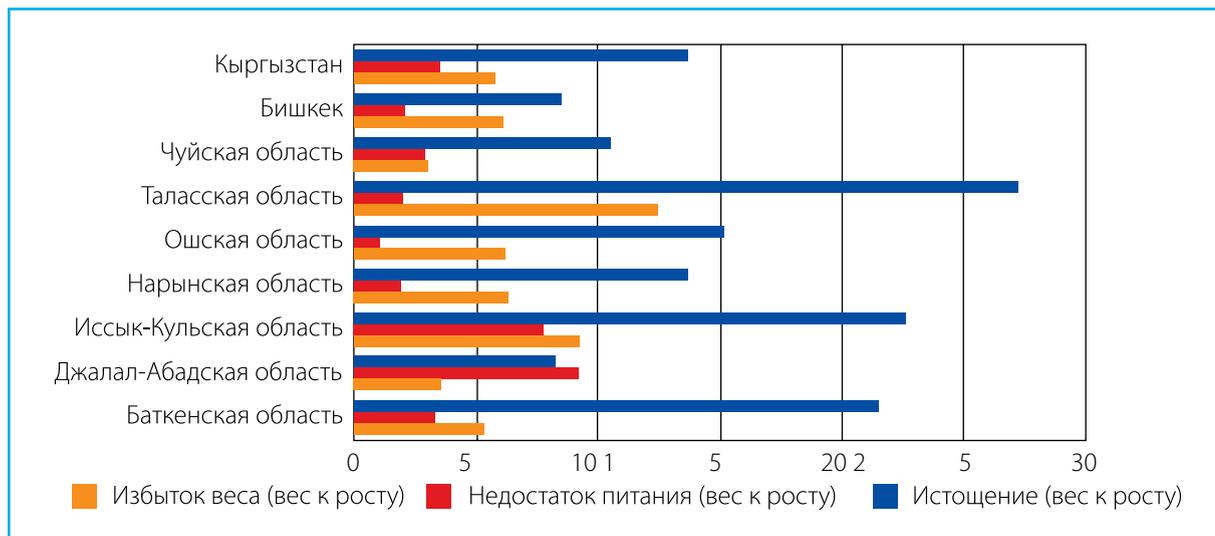
Питание	Отставание в росте	Сильное отставание в росте	Истощение	Сильное истощение	Отставание в весе	Сильное отставание в весе
До 5 лет, 2005	13.7	3.7	3.5	0.4	3.4	0.3
До трех лет, 2005						
До трех лет, 1996	25	6	3.4	0.7	11	1.7

Охват детей саплементацией витамином А составляет 93.7%. Несмотря на то, что назначение фолиевой кислоты в течение первых 3 месяцев беременности предусматривается национальными клиническими протоколами, только 17.0% беременных женщин принимали фолиевую кислоту во время беременности. Обязательное назначение витамина А в течение первых дней после родов одобрено приказом МЗ №260 от 2004 года, но только 40.8% получили витамин А в первые дни после родов. У 10.7% детей в возрасте 6-24 месяцев диагностируется хроническое недоедание/отставание в росте, то есть ниже среднего уровня более чем на -2СО.

У 50.6% детей в возрасте 6-24 месяцев диагностируется анемия. Тяжелая анемия (уровень гемоглобина ниже 7.0 г/децилитр) обнаруживается у 1.0% детей. Картина структуры анемии выглядит следующим

образом: 2.1% - тяжелая анемия и 97.0% - умеренная анемия. Распространенность железодефицитной анемии (ЖДА) среди детей в возрасте 6-24 месяцев достигает 40.1%. Истощение запасов железа и дефицит железа обнаруживается чаще, чем ЖДА.

**Рисунок 1.13: Распространение нарушений питания по областям среди детей в возрасте 0-59 месяцев, Кыргызская Республика, 2006<sup>5</sup>**



В течение 2000 и 2003 годов наблюдалось улучшение продовольственной безопасности, как для детей, так и для населения в целом. Тем не менее, средний уровень потребления продуктов питания остается ниже рекомендуемого минимального уровня калорийности. Имеются очевидные региональные различия относительно калорийности потребляемых продуктов питания среди детей. Калорийность пищи выше в тех областях, где имеется развитый сельскохозяйственный сектор, например в Джалал-Абадской и Баткенской областях. Тем не менее, во всех областях, за исключением уже упомянутой Джалал-Абадской, средняя калорийность потребляемой пищи ниже рекомендуемого уровня питательной ценности. В Бишкеке питательная ценность пищи оказалась самой низкой, что подчеркивает тот факт, что доступ к материальным ресурсам не обязательно приводит к хорошему качеству потребляемой пищи. Резкое сокращение питательности пищи, употребляемой детьми в возрасте 0-17 лет, произошло в Таласской и Баткенской областях между 2002 и 2003 гг.



# ТЕКУЩИЕ ПРОГРАММЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО



---

В настоящее время в Кыргызстане при помощи международных организаций внедряется ряд программ, основанных на стратегиях ВОЗ, включая обеспечение безопасной беременности/содействие эффективной перинатальной помощи, грудное вскармливание, первичную реанимацию новорожденных, критерии живорождения и мертворождения, регистр новорожденных. Эти программы финансируются в основном донорами на уровне пилотных областей, поэтому в силу недостаточности финансовых средств, их дальнейшая институционализация может оказаться нелегкой. Их эффективность подрывается слабой координацией и интеграцией в существующую систему здравоохранения и проблемами, связанными с проведением мониторинга после завершения проектов.

## **Программы Министерства здравоохранения**

Министерство здравоохранения (МЗ) отвечает за разработку и реализацию национальной политики здравоохранения и Программу государственных гарантий (ПГГ). Оно также отвечает за контроль качества фармацевтических средств, изделий медицинского назначения и оборудования, и за качество медицинских услуг. Министерство здравоохранения осуществляет контролирующие функции по отношению ко всем организациям и учреждениям, имеющим отношение к оказанию медицинских услуг, независимо от форм собственности и административного подчинения (включая медицинское образование), и непосредственное руководство в отношении небольшого количества специализированных медицинских учреждений республиканского уровня и учреждений третичного уровня в городе Бишкек. Кроме того, МЗ координирует деятельность других медицинских организаций через координационные комитеты/комиссии по управлению здравоохранением.

## **Программа «Манас-Таалими» (2006-2010)**

Приоритеты Национальной программы реформ в секторе здравоохранения «Манас-Таалими» направлены на улучшение состояния здоровья населения и достижение целей развития тысячелетия (ЦРТ) через решение первоочередных задач по профилактике и укреплению здоровья. Главной целью является дальнейшее улучшение системы родовспоможения в системе предоставления индивидуальных услуг и доступа к качественным медицинским услугам на всех уровнях интегрированной системы родовспоможения, где ведущая роль отводится первичной медико-санитарной помощи и поддержке эффективной стационарной помощи.

Цели этой программы включают: дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи с особым акцентом на улучшение деятельности фельдшерско-акушерских пунктов, групп семейных врачей и службы скорой медицинской помощи; оптимизацию деятельности ЦСМ, АДО стационаров и организаций здравоохранения, предоставляющих специализированные виды медицинских услуг в амбулаторных условиях; дальнейшую реструктуризацию и оптимизацию стационарной помощи, направленную на формирование сети больниц, гибко реагирующих на потребности населения; оптимизацию деятельности организаций здравоохранения третичного уровня, направленную на улучшение доступности высокоспециализированных и дорогостоящих видов медицинской помощи; совершенствование форм управления в организациях здравоохранения, предоставляющих индивидуальные медицинские услуги, в условиях дальнейшего повышения управленческой и финансовой автономии, направленных на повышение эффективности их деятельности и качества оказываемых медицинских услуг; создание эффективных механизмов интеграции и взаимодействия организаций здравоохранения, предоставляющих индивидуальные медицинские услуги, обеспечивающих их преемственность и обратную связь; улучшение физической инфраструктуры и обеспечение современными видами медицинского и лабораторного оборудования организаций здравоохранения, предоставляющих индивидуальные медицинские услуги; улучшение качества медицинских услуг населению, предоставляемых организациями здравоохранения, на различных уровнях оказания медицинской помощи.

---

Эта программа реализуется в рамках широкосекторального подхода (ШСП). Этот подход характеризуется тем, что правительство координирует процесс и совместно с донорами своевременно и эффективно осуществляет деятельность в рамках стратегии сектора здравоохранения, используя национальную финансовую систему. Стратегия сектора здравоохранения поддерживается через параллельное финансирование и объединенный финансовый бюджет следующими партнерами по развитию: Немецким банком развития, Министерством по международному развитию правительства Великобритании, Канадским агентством по международному развитию, Швейцарским бюро по сотрудничеству, Всемирным банком, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС, ЮНФПА, АБР, ГФ, Центром по контролю заболеваний, ЮСАИД.

В течение последних лет в рамках компонента программы «Манас-Таалими» по материнскому и детскому здоровью были достигнуты значительные успехи, включая лечение детей до 5 лет и родов в рамках программы государственных гарантий (ПГГ), что заметно улучшило доступность услуг для детей и беременных женщин, а также создание Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) и отдела по материнскому и детскому здоровью при МЗ. Повсеместно на уровне первичной медико-санитарной помощи внедряется такая эффективная программа как ИВБДВ. В 48% родильных учреждений внедряется программа по эффективному перинатальному уходу и инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку (ИБДОР). И, наконец, официальные данные демонстрируют, что в областях, где поддерживается внедрение программы по эффективной перинатальной помощи, заметно снизились показатели ранней младенческой смертности, в то время как в других областях медицинские показатели остаются прежними или ухудшаются. Обучающие программы по материнскому и детскому здоровью включены в обучающие курсы Кыргызского государственного медицинского института по переподготовке и повышению квалификации. Для улучшения регистрации материнской и детской смертности по всей стране постепенно внедряется электронный регистр новорожденных.

## **Программы по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на период 2008 – 2017**

Сутью программы по регионализации перинатальной помощи является то, что женщины должны рожать в тех больничных учреждениях, которые по уровню оказываемых медицинских услуг соответствуют степени риска, сопровождающего беременность или роды. Эта программа, направленная на улучшение перинатальной помощи в Кыргызской Республике на период 2008-2017, была разработана в соответствии с национальной политикой в сфере здравоохранения, изложенной в Национальной программе по реформам в секторе здравоохранения «Манас-Таалими» на 2006-2010 и Национальной стратегией по репродуктивному здоровью в Кыргызской Республике до 2015 года. Она направлена на реализацию обязательств по достижению Целей развития тысячелетия (ЦРТ) в секторе здравоохранения. Цель программы – это снижение материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, улучшение качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, и предоставление равных возможностей во всех регионах страны, включая создание многоуровневой системы перинатальной/неонатальной помощи, оснащение для оказания антенатальной, перинатальной и неонатальной помощи на основе эффективных технологий ВОЗ и принципах доказательной медицины, создание системы мониторинга и оценки качества перинатальной/неонатальной помощи и разработку дифференцированной системы данных по перинатальной помощи на основе различных пакетов услуг в зависимости от сложности случая.

Очевидно, что для того чтобы эти и другие программы, направленные на защиту детского здоровья, успешно внедрялись с получением устойчивых результатов, необходима общественная поддержка и пропаганда здорового образа жизни, а также хорошо продуманная стратегия сотрудничества с международными организациями, активно работающими в этой сфере.

---

Хотя материнское здоровье является очень важной сферой, в системе, предоставляющей медицинские услуги для матерей и беременных женщин, имеются серьезные проблемы. К этим проблемам относятся физический износ оборудования в родовспомогательных учреждениях, недостаток квалифицированных акушеров-гинекологов и другого медицинского персонала, и неудовлетворительное обучение семейных врачей, оказывающих помощь женщинам. Осведомленность общественности, особенно в сельской местности, о методах планирования семьи, охране репродуктивного здоровья и безопасных контрацептивных средствах, все еще находится не на должном уровне. Существует недостаток специализированной литературы о здоровом образе жизни, обучении семьи и семейному планированию.

Отделы МЗ по медицинским услугам и материнскому и детскому здоровью проделали трудную работу и получили хорошие результаты по улучшению операционного руководства и координации доноров, работающих в сфере МДЗ. Компонент по МДЗ поддерживается параллельным финансированием доноров, включая ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ЮСАИД, СДС, АБР и Немецкий банк развития. Усилия Министерства здравоохранения дали донорам возможность лучше координировать между собой соответствующую деятельность. Такие виды деятельности как географическое или операционное картирование для обнаружения пробелов в деятельности и оказания помощи в необходимых вмешательствах по материнскому и детскому здоровью, стали обычным явлением и демонстрацией хорошей координации. И, наконец, лучшее понимание значения мониторинга и оценки увеличивает потенциал Министерства здравоохранения и партнеров для того, чтобы реагировать на результаты внедрения программы и продуктивно совершенствовать и развивать технические, управленческие и координирующие процессы. В частности, был достигнут значительный прогресс в улучшении регистрации рождения и смертных случаев с использованием международных критериев живорождения и мертворождения благодаря внедрению электронной регистрации родов (в 3-х областях).

Множество международных организаций оказывают внешнюю помощь МЗ для улучшения материнского, неонатального и детского здоровья в Кыргызстане, включая такие сферы как стационарную помощь, медицинские услуги и работу с населением, а также разработку законодательства и протоколов.

**Таблица 1.9: Внешняя помощь Министерству здравоохранения Кыргызской Республики для улучшения здоровья и выживаемости матери и ребенка <sup>12</sup>**

	Политика / стратегия национального законодательства, законы, стратегии, протоколы	Практика медработников – медицинские услуги, качество услуг, стационарная помощь, первичная помощь	Работа с населением	Поставки	Мониторинг и оценка
ЦРТ: Уменьшить материнскую смертность  Материнское здоровье Репродуктивное здоровье Планирование семьи	Стратегия РЗ (ВОЗ)  Протоколы ИППП (ЮНФПА)  Протоколы СПЭП (ВОЗ, ЮНФПА, Здравплюс)	Обеспечение безопасной беременности: стационарная помощь, включая безопасность крови/инфекционный контроль (ВОЗ, ЮНФПА, 3+, АРЗ, АБР, ХОУП, ЮСАИД, Глобальный фонд, Немецкий банк развития)  Обеспечение безопасной беременности: перинатальная/первичная помощь, включая железо и фолиевую кислоту (Здравплюс, АБР, ХОУП) Планирование семьи (ЮНФПА, Здравплюс) Услуги по ИППП/РЗ (ЮНФПА, ШКК, Здравплюс)	Сельские комитеты здоровья – анемия и RTI (Шаг за шагом) (ЮНФПА) Обучение населения (Здравплюс, ХОУП) Социальный маркетинг Семейное планирование (PSI)	Гинекологическое обследование (Немецкий банк развития, ЮНФПА)  Контрацептивные средства (ЮНФПА, Здравплюс, PSI)	Материнская смертность и аудит тяжелых случаев (ВОЗ, Здравплюс, ЮНФПА) Система логистики контрацептивных средств (ЮНФПА) Мониторинг СПЭП (Здравплюс, ВОЗ, ЮНФПА)
ЦРТ: Уменьшить младенческую смертность  Уход за новорожденными	Стратегия перинатальной помощи (ЮНИСЕФ, ЮНФПА)  Протоколы по уходу за новорожденными (ЮНИСЕФ)	Реанимация и уход за новорожденными (ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНФПА, Здравплюс, АРЗ, АБР, ХОУП) Грудное вскармливание (Здравплюс, ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНФПА, АРЗ, АБР, ХОУП) Безопасность крови / Инфекционный контроль (ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНФПА, Здравплюс, АРЗ, АБР, ХОУП, ЮСАИД, Немецкий банк развития) ПВСМР (ЮНИСЕФ, ГФ)	СКЗ (Шаг за шагом*)  Обучение населения (ЮНИСЕФ, ВОЗ, Здравплюс, ХОУП, Шаг за шагом, ШСП)  АРВ, экспресс-тесты (Глобальный фонд)	Холодовая цепочка (ЮНИСЕФ)  Вакцины (ГАВИ, АБР)	Регистрация рождений и смерти, электронный регистр (ЮНИСЕФ, СДС) Критерии живорождения и мертворождения (СДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ)
ЦРТ: Уменьшить детскую смертность  Здоровье детей и подростков	Стратегия ИВБДВ (ВОЗ, ЮНИСЕФ, АБР) Стратегия по ГВ (ЮНИСЕФ/ВОЗ)	Шаг за шагом Питание детей: грудное вскармливание, прикорм, микронутриенты: Вит. А, Fe, фолиевая кислота, (Здравплюс, ЮНИСЕФ, ВОЗ, ХОУП, АБР, СДС, ШСП)  Ведение детских болезней: ИВБДВ, ОРВИ, CDD, гельминты, рациональное использование лекарств (ЮНИСЕФ, Здравплюс, ВОЗ, ХОУП, Шаг за шагом, Фонд Ага-Хана, ШСП) Иммунизация (ЮНИСЕФ, ГАВИ)	СКЗ (Шаг за шагом, ШСП))    СКЗ (Шаг за шагом, ШСП))	Вит. А (ЮНИСЕФ, ШСП)  Железо (Шаг за шагом)  Мебендазол (ЮНИСЕФ), альбендазол (фонд Растроповича-Вишневской)	Мониторинг в сообществах и мониторинг обучения (ЮНИСЕФ)  Ситуационный анализ, мониторинг (ЮНИСЕФ, ШСП)

\* Программа ЮНФПА "Шаг за шагом"



## ТЕКУЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ МАТЕРИНСКОГО И ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Анализ текущих интервенций по отчетам правительства и других организация выявил, что в стране имеется большое количество программ по материнскому и детскому здоровью. В целом, эти вмешательства были включены в перспективные планы. Согласно итоговой таблице, приведенной ниже, несмотря на то, что внедрение этих программ окажет в первую очередь влияние на материнское и репродуктивное здоровье, они имеют потенциал положительного воздействия и на перинатальную помощь.

Ряд государственных программ, реализуемых в настоящее время, направлен на улучшение помощи, оказываемой детям, и уменьшение уровня смертности в Кыргызстане. Национальная программа по улучшению перинатальной помощи стремится к тому, чтобы в основе безопасного материнства было внедрение современных технологий. Республиканские программы по охране репродуктивного здоровья нацелены на соблюдение оптимального интервала между родами и использование современных методов планирования семьи для рождения здоровых и желанных детей. Программы по интегрированному мониторингу практической деятельности в сфере детского здоровья (мониторинг ИВБДВ) стремятся к профилактике и лечению детских заболеваний (острых респираторных заболеваний, диареи, кори и анемии). В этом смысле, поощрение грудного вскармливания может оказаться эффективной мерой. Программа «Иммунизация на период 2001-2005» направлена на уменьшение распространенности инфекционных заболеваний среди детей. Несомненным является тот факт, что эти специализированные программы должны дополняться укреплением сектора здравоохранения в целом.

**Таблица 1.10: Текущие программы по материнскому, неонатальному и детскому здоровью в Кыргызстане**

Вмешательства в области материнского здоровья	Манас-Таалими	Программа по улучшению перинатальной помощи	Республиканская программа по охране репродуктивного здоровья	Программа по интегрированному мониторингу практической деятельности	Программа «Иммунизация на период 2001-2005»	Государственная секторальная программа «Жаны-Эне» на 2002-2006 гг.
Содействие защите репродуктивного здоровья и планированию семьи	√		√			
Квалифицированная помощь при родах	√	√	√			
Противостолбнячная вакцина					√	
Назначение фолата железа						
Обнаружение и лечение инфекций мочевых путей	√					
Наблюдение при гипертензии и лечение тяжелых случаев гипертензии						
Основная акушерская помощь	√	√				
Неотложная акушерская помощь						
<b>Вмешательства по неонатальной помощи</b>						
Раннее грудное вскармливание	√	√		√		

Исключительное грудное вскармливание	√	√		√		
Предполагаемое назначение фолиевой кислоты		√				
Противостолбнячная вакцинация					√	
Рутинный послеродовой уход и уход за детьми с низким весом при рождении	√	√		√		
Обработка пуповинного остатка и набор для чистых родов		√				
Аntenатальные кортикостероиды (для профилактики РДС)		√				
Реанимация новорожденных	√					
Саплементация Вит. А	√				√	
Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек						
Иммунизация (включая новые вакцины Hib, пневмококковые и RV)	√				√	
Инъекционные антибиотики при сепсисе	√			√		
Оральные а/б при пневмонии	√			√		

**Таблица 1.11**

Сообщество	Способ доставки
Планирование семьи (интервал между родами)	ФАПы/ГСВ ФАПы/ГСВ, СКЗ
Обучение по ИГВ/продвижение поддерживающих стратегий	
Дополнительный уход за младенцами с низким весом при рождении (пеленание, тепловая помощь и раннее прикладывание к груди)	
Лечение пневмонии на дому	
<b>Работа в сообществе</b>	
Аntenатальный уход	ГСВ
Саплементация фолатом железа	
Столбнячный анатоксин	
Периодическое профилактическое лечение малярии во время беременности	
Присутствие обученного специалиста во время родов	Центр семейной медицины (ЦСМ)
Реанимация новорожденных	
<b>В учреждении</b>	
Присутствие обученного специалиста во время родов	ЦСМ/Вторичный и третичный стационарный уровни
Кортикостероиды при преждевременных родах	
Неотложная акушерская помощь (для детей с асфиксией, сепсисом и т.д.)	
Реанимация новорожденных	



**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
ТОГО, КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ  
ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ  
МАТЕРИНСКОГО И ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ**



---

Достижение целей развития по выживаемости детей невозможно без значительного сокращения неонатальной смертности. В течение первой недели неонатального периода происходит три четверти смертельных случаев при том, что первый день жизни ребенка является самым рискованным. На фоне большого количества вмешательств, необходимо достичь консенсуса в вопросе определения рационального количества программ, которые окажутся эффективными на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и стратегий по обеспечению доступности к этим программам для всех, кто в них нуждается. Мы сосредоточили свое внимание на тех вмешательствах, которые можно реализовать на уровне ПМСП, то есть в селах и учреждениях первичного здравоохранения районного уровня. Были определены учреждения первичного уровня и виды вмешательств, включая: вмешательства на уровне семьи и сообщества (в основном на уровне домохозяйств или на дому); вмешательства через работу с населением с участием сельских медработников, работающих в ФАПах или ГСВ; программы, приспособленные для внедрения в учреждениях первичного уровня, включая первичную неотложную акушерскую помощь и уход за новорожденными, а также лечение распространенных серьезных детских болезней; мероприятия, направленные на улучшение преемственности внутри и между этими уровнями. Принципиальной задачей было определить пакет доказавших свою эффективность вмешательств по материнскому и детскому здоровью, который можно было бы комплексно внедрить в этих учреждениях с помощью существующего медицинского персонала и внедрение при необходимости новых подходов. Мы оценили потенциальное воздействие улучшенного пакета профилактических и лечебных вмешательств по МДЗ на уровне ПМСП с использованием существующего медицинского персонала в Кыргызстане для двух вариантов: при прагматическом и универсальном/повсеместном (99%) охвате.

Согласно недавно полученным данным, концентрация усилий в сфере МДЗ и выживаемости на уровне ПМСП является для стран и осуществимым и приоритетным направлением, для того чтобы достичь своих задач по достижению Целей развития тысячелетия в сфере сокращения материнской и детской смертности. В последние годы во всем мире придается особое значение упорно сохраняющемуся бремени материнской и детской смертности, уделяется особое внимание Целям развития тысячелетия в сфере материнского и детского здоровья. Проблемы, имеющие отношение к этому бремени смертности, и вмешательства по его уменьшению, стали предметом публикаций в нескольких выпусках издания Ланцет и других изданий. В результате этих аналитических исследований была проведена оценка эффективности программ, которые могут изменить ситуацию. На фоне большого количества мероприятий необходимо достичь консенсуса в вопросе определения оптимального количества программ, которые окажутся эффективными на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), выбора стратегий по обеспечению доступности к этим программам для всех, кто в них нуждается.

Благодаря обзору по вмешательствам в сфере здоровья и выживаемости матери и ребенка, опубликованном в издании Ланцет, оказалось возможным определить 42 вида вмешательств на уровне учреждений ПМСП, которые имеют потенциал для того, чтобы улучшить состояние здоровья матери и ребенка. Из них, 25 видов вмешательств можно выделить в качестве наиболее оптимальных с точки зрения очевидности воздействия, экономической выгоды и убедительности, для комплексного внедрения на базе существующих учреждений и медицинских работников.

Таблицы 1.12-1.14 суммируют пути вмешательств, внедрение которых осуществимо на уровне учреждений ПМСП, и которые могут оказать влияние на уровень материнской и детской смертности, а также оценить их специфическое воздействие.<sup>13</sup>

Таблица 1.12: Программы в сфере материнского здоровья и их влияние

Категория вмешательства	Вмешательство	Целевое население	Секс матери / инфекции	ВИЧ у матери	Анемия и кровотечение у матери	Гипертензивные нарушения у матери	Осложненные роды	Аборты и неудовлетворенные потребности в контрацептивах	Другие результаты и пути	Оценка воздействия/эффективности
СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	Основной пакет антенатальных услуг (4 посещения) включает: 1. Консультирование о необходимости квалифицированной помощи; 2. Столбчатый анатоксин, обнаружение ИМП и гипертонии; 3. Назначение фолата железа.	Все население	✓		✓	✓	✓	✓		Улучшение скрининга и раннее обнаружение ГНБ, улучшение системы перенаправления для оказания специализированной помощи в случае риска <sup>14</sup> Уменьшение на 90% столбняка среди женщин 20-40-летнего возраста <sup>15</sup> Антибиотикотерапия эффективна в 75% случаев при бессимптомной бактериурии (95% ДИ 0.14 - 0.48) и риске пиелонефрита (ОР 0.23, 95% ДИ 0.13 - 0.41). Антибиотикотерапия для инфекций мочевых путей ассоциируется с уменьшением на 34% случаев низкого веса при рождении (95% ДИ 0.49 - 0.89) <sup>16</sup> Уменьшение в срок на 67% ЖДА (ОР 0.33; 95% ДИ 0.16, 0.69, рандомизированные эффекты) <sup>17</sup> предполагается уменьшение риска анемии и благодаря этому материнской смертности на 23% <sup>18</sup> Уменьшение на 62% риска НВР (<2500g), наблюдаемое в срок, согласно исследованиям в сообществах (95% ДИ=0.18 - 0.81)

ДИ - доверительный интервал

ОР - относительный риск

ОШ - отношение шансов

РКИ - Рандомизированные клинические исследования



Профилактика ИППП, анализ на сифилис и лечение. Работа с населением по профилактике ИППП	Ситуативно	√	√	√	√	√	√	√	√	Положительное влияние лечения сифилиса на материнскую смертность установлено, хотя нет РКИ. Смешанные данные по исследованиям в сообществах. Диагностика и лечение сифилиса уменьшают перинатальную смертность на 63%, 95% ДИ 0.18-0.76 <sup>19,22</sup>
Профилактика ВИЧ и ГМР	Ситуативно	√	√	√	√	√	√	√	√	Наиболее эффективными могут оказаться комбинация зидовудина и 3ТС, принятая матерью в антенатальном, интранатальном и послеродовом периоде и ребенком в течение недели после рождения, или однократная доза невирапина. Зидовудин против плацебо/не лечить: уменьшение мертворождений на 88% ОР 0.22, 95% ДИ 0.06,0.07 <sup>23,24</sup> Эффективна постконтактная профилактика однократной дозой невирапина сразу после родов плюс зидовудина ребенку в течение первых 6 недель жизни в случае, если ВИЧ-инфицированная женщина не появлялась до родов <sup>25</sup>
Сбалансированные энергетические протеиновые добавки и консультирование по питанию	Ситуативно	√	√	√	√	√	√	√	√	Консультирование по питанию может увеличить прием калорийной и белковой пищи и, как показано, уменьшить количество преждевременных родов ОР 0.46, 95% ДИ 0.21-0.98) <sup>18</sup> Саплементация калорийной белковой пищей ассоциируется со значительным уменьшением количества случаев рождения с маленьким весом для гестационного срока (SGA) (ОР 0.68, 95% ДИ 0.56 – 0.84). Уменьшение количества случаев мертворождений (ОР 0.55, 95% ДИ 0.31 – 0.97) и неонатальной смертности (ОР 0.62, 95% ДИ 0.37 to 1.05) <sup>26</sup>
Лечение и профилактика малярии/противомоскитные сетки во время беременности в районах, эндемичных по малярии	Ситуативно	√	√	√	√	√	√	√	√	В Африке, наличие противомоскитной сетки уменьшило количество плацентарной малярии во время беременности (ОР 0.79, 95% ДИ 0.63 –0.98), гибель плода (ОР 0.68, 95% ДИ 0.48 – 0.98), и НВР (ОР 0.80, 95 % ДИ 0.64 – 1.00) <sup>27</sup> Две дозы периодического профилактического лечения малярии сульфадоксин пиратамином, принятые женщинами во время первой и второй беременности против лечения или плацебо ассоциируются с уменьшением случаев материнской паразитемии при родах (ОР 0.40, 95% ДИ 0.31 –52) <sup>28</sup> Периодическое профилактическое лечение малярии во время беременности уменьшило количество случаев с НВР (ОР 0.77, 95% ДИ 0.61 – 0.98) <sup>29,30</sup> Гибель плода во время первой-четвертой беременностей (ОР 0.67, 95% ДИ 0.47 – 0.97)

**Таблица 1.13**  
**Воздействие и пути распространения вмешательств, направленных на улучшение здоровья новорожденных**

Структура заболеваемости и смертности среди новорожденных									
Категории вмешательств	Вмешательства	Доказательство	Аффиксия в родах	Недоношенность	Тяжелые неонатальные бактериальные инфекции / сепсис	Неонатальный столбняк	Врожденные пороки	Другие	Воздействие и результаты воздействия
СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	Иммунизация столбнячным анатоксином (в рамках АНУ) и чистые роды	1 РКИ, 1 обзор	√	√	√	√			Уменьшение смертности от столбняка после родов (ОР 0.26, 95% ДИ 0.09, 0.78. рандомизированные эффекты) <sup>31, 32</sup>
	Консультирование и поддержка раннего прикладывания к груди и ИГВ	Britton C et al 2007			√				Серьезные доказательства уменьшения неонатальной смертности при раннем прикладывании к груди <sup>33</sup>  Поддержка матерей с большими детьми привела к уменьшению случаев повторной диареи в теч 2-3 недель после выписки из медучреждения (ОР 0.70, 95% ДИ 0.54, 0.90) <sup>34</sup>
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	Саплементация Вит. А в неонатальном периоде								Саплементация детей в Азии в неонатальном периоде уменьшила смертность на 20% среди детей в возрасте от 2 дней до 6 мес. <sup>18</sup>

Таблица 1.14

Категории интервенции	Интервенции	Доказательство	Воздействие на детское здоровье и смертность, результаты и пути внедрения						Воздействие и результаты воздействия
			Диарея	Пневмония	Малярия	ВИЧ / СПИД	Корь	Травмы	
СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	Обучение грудному вскармливанию / стимулирующие стратегии		√	√				√	Поддержка матерей с большими детьми привела к уменьшению случаев повторной диареи в теч 2-3 недель после выписки из медучреждения (OR 0.70, 95% ДИ 0.54, 0.90) <sup>18,34</sup> Наблюдения показали уменьшение детской смертности на 17% <sup>33</sup>
	Стратегии по оптимальному дополнительному питанию через обучение население обеспечение питанием детей	2 Обзора, 31 исследование. Систематические обзоры РКИ (веб Приложения 3 и 4)	√	√				√	Уменьшение хронического недоедания (образовательные кампании среди населения) контроль: табличная поправка разности средневзвешанных величин показателя "рост к возрасту" = 0.25 (95% ДИ = 0.01, 0.49) рандом. эффекты <sup>18</sup>
	Поддержка дополнительного питания, включая обучение и обеспечение пищевыми добавками или денежные переводы специального назначения	Систематические обзоры РКИ (веб Приложения 3 и 4)	√	√				√	Уменьшение хронического недоедания. В условиях продовольственной небезопасности, обеспечение дополнительным питанием с или без обучения: табличная поправка разности средневзвешанных величин показателя "рост к возрасту" = 0.41; (95% ДИ = 0.05, 0.76) рандом. эффекты <sup>18</sup>
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ	Саплементация железом за фолатом/железом	Систематический обзор РКИ (96, 97) (веб Приложение 8)							Улучшение микронутриентного статуса (Hb conc g/dL WMD = 0.74; 95% ДИ = 0.61, 0.87) Потенциальное увеличение риска смерти в районах с малярией, поэтому рекомендуется как лечебная стратегия только для тех областей, где нет малярии <sup>18</sup>
	Саплементация Витамином А	Систематические обзоры РКИ (веб Приложения 10 и 11)	√	√				√	Уменьшение смертности на 24% в возрасте 6-11 мес (OR 0.76; 95% ДИ 0.69 – 0.84). Уменьшение риска смертности на 12% (1 доза) и 22% (2 дозы) среди детей в возрасте 6-59 мес <sup>18</sup>

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ	Профилактическая саплементация цинком среди детей	3 Обзора	✓	✓	✓	✓				Саплементация детей цинком уменьшила на 41% случаи пневмонии (95% ДИ 0.41 – 0.83) <sup>35</sup> Саплементация детей цинком привела к значительному увеличению роста и веса, с побочным эффектом 0.350 (95% ДИ: 0.189, 0.511) и 0.309 (0.178, 0.439) <sup>36</sup>
ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ	Внедрение ИВБДВ в учреждениях ПМСП		✓	✓	✓			✓		Улучшение качества помощи в учреждениях с ИВБДВ, улучшилось ведение болезней и значительно уменьшились затраты на одного ребенка. Увеличение эффективности работы и правильного лечения в учреждениях с ИВБДВ <sup>37-41</sup> Уровень смертности на 13% ниже в учреждениях с ИВБДВ (95% ДИ 5 – 21) <sup>42</sup>
	Распознавание пневмонии на дому и лечение пневмонии	2 Обзора		✓						Ведение пневмонии на дому проявилось уменьшением детской смертности, включая на 20% (95 % ДИ 11-28%), и 24% (95 % ДИ 14-33%) среди младенцев и детей в возрасте 0-4 года, соответственно. Смертность от пневмонии уменьшилась на 36% (95 % ДИ 20-48%), и 36% (95 % ДИ 20-49%) среди младенцев и детей <sup>43</sup> Короткий курс амоксицилина является эффективным в качестве стандартного лечения <sup>44</sup>
	Улучшенное ведение диареи через ОРТ и цинк	2 Обзора	✓							Частота случаев диареи среди детей, получавших цинк или плацебо. РКИ 15, относительный риск при рандомизированных исследованиях 0.86 95% ДИ (0.79, 0.93) Частота случаев тяжелой диареи и/или дизентерии среди детей получавших цинк или плацебо. РКИ 5, ОР (fixed) 0.85 95% ДИ (0.75, 0.95) Частота случаев затяжной диареи среди детей, получавших цинк или плацебо. РКИ 3, ОР (fixed) 0.75 95% ДИ (0.57, 0.98) Продолжительность диареи среди детей, получавших цинк или плацебо. РКИ 7, ОР (рандом) 0.86 95% ДИ (0.79, 0.93) <sup>45</sup> См. Международная консультативная группа по применению цинка в лечебных целях. Обзор лечения

<p style="text-align: center;">ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ</p>	<p>Улучшенное ведение диареи назначением цинка</p>	<p>4 Обзора, 10 исследований</p>	<p>√</p>						<p>Уменьшение на 5-10% уровня анемии в популяции с высоким уровнем распространения гельминтозов. Улучшение микронутриентного статуса (Hb g/l WMD 1.71; 95% ДИ=0.70, 2.73)</p> <p>Увеличение роста на 0.14 см после приема однократной дозы (95% ДИ 0.04 – 0.23).<sup>17</sup></p> <p>Прием однократной дозы ассоциируется с увеличением в среднем веса на 0.24 кг (95% ДИ 0.15 кг – 0.32 кг). При многократном приеме увеличение составило 0.10 кг (0.04 кг - 0.17 кг), наблюдение в течение года.</p> <p>Однократная доза: изменение ценности Вес (кг) РКИ 9 средне-взвешенное значение (рандом) 95% ДИ 0.34 [0.05, 0.64]<sup>43</sup></p> <p>Эффект от лечения кишечных паразитов на рост детей и статус питания. Антигельминтные средства, контроль. Незначительное увеличение концентрации гемоглобина (g/L) средне-взвешенное значение (fixed) 95% ДИ -0.93 (-2.97, 1.10)<sup>46,47</sup></p>
	<p>Дегельминтизация среди детей</p>	<p>2 Обзора</p>							



# ОХВАТ ТЕКУЩИМИ ПРОГРАММАМИ В СФЕРЕ МАТЕРИНСКОГО И НЕОНАТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЕЛЫ



Для Кыргызстана мы сосредоточили свое внимание на тех вмешательствах, которые можно реализовать на уровне ПМСП, то есть в селах и учреждениях первичного здравоохранения районного уровня. Были определены учреждения первичного уровня и виды вмешательств, включая: вмешательства на уровне семьи и сообщества (в основном на уровне домохозяйств или на дому); вмешательства через работу с населением с участием сельских медработников, работающих в ФАПх или ГСВ; программы, приспособленные для внедрения в учреждениях первичного уровня, включая первичную неотложную акушерскую помощь и уход за новорожденными, а также лечение распространенных серьезных детских болезней; мероприятия, направленные на улучшение преемственности внутри и между этими уровнями. Принципиальной задачей было определение пакета доказавших свою эффективность вмешательств по материнскому и детскому здоровью, включая помощь новорожденным, который можно было бы комплексно внедрить в этих учреждениях через существующий медицинский персонал и внедрение, при необходимости, новых подходов.

**Таблица 1.15: Программы по материнскому здоровью**

Вмешательства/Программы по материнскому здоровью	Текущий охват	
	Кыргызстан <sup>48</sup>	Чуйская область <sup>5</sup>
Поддержка репродуктивного здоровья и планирования семьи	48%	51.1%
Процент женщин репродуктивного возраста, использующих контрацептивные средства	35.9%*	30.2%*
Поддержка стремления использовать надлежащие услуги и антенатальный уход во время беременности	97%	99%
Процент рожавших женщин, которые НЕ наблюдались медицинским работником	5.8%*	7.6%*
Процент рожавших женщин, которые наблюдались медицинским работником	94.2%	92.4%
Назначение фолата железа ИЛИ мульти микро нутриентные добавки во время беременности	NA	NA
Процент рожавших женщин, у которых была анемия согласно диагнозу, поставленному после родов	43.4%*	44.6%*
Процент женщин с анемией во время беременности	36%*	41.3%*
Содействие квалифицированной помощи во время родов	98%	100%
Роды в стационаре	96.9%*	
Саплементация кальцием при гипертензивных нарушениях беременности (ГНБ)	NA	NA
У нас нет специальной программы по саплементации кальцием при гипертензивных нарушениях беременности, но он назначается на третичном уровне для женщин, имеющих риск развития гипертензивных нарушений беременности	30% ▼	40% ▼
Малые дозы аспирина во время беременности для женщин имеющих риск	NA	NA
Малые дозы аспирина прописываются только в группе риска ГНБ на третичном уровне	5% ▼	5% ▼
Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек и подозрении на хориоамнионит и после аборта	NA	NA
Данный протокол по прописыванию а/б в подобных случаях начал внедряться только с 2008 года. Это только предположения	40% ▼	55% ▼
Основной акушерский уход (чистые роды)	98% ▼	99% ▼
Мы говорим обычно, что чистые роды – это роды в медицинском учреждении. Однако 40% родильных больниц имеют проблемы с водоснабжением и канализацией. Ожидается, что программы по инфекционному контролю будут внедряться во всех медучреждениях, но данных нет	80% ▼	85% ▼
Основная акушерская помощь (активное ведение третьего периода родов, включая использование окситоцина или мезопростола, выделение последа путём контролируемых тракции за пуповину), а также дилатация и кюретаж для послеабортного ухода	NA	NA

Имеются стандарты, программы в пилотных регионах. Нет данных по мониторингу. Мы можем только предполагать исходя из того, что 55% родильных домов охвачены программой СПЭП	55% ▼	60% ▼
Неотложная акушерская помощь (включая переливание крови и LSCS)	97% ▼ (роды в учреждениях)	99.4% ▼
По неотложной помощи было проведено только небольшое исследование. Дискуссию о необходимости подобных данных мы начали только сейчас	40% ▼	55-60% ▼
Противомоскитные кровати и профилактическое лечение малярии во время беременности в районах эндемичных по малярии	NA	NA
У нас нет данных по распространенности малярии среди беременных женщин, но есть данные об уровне малярии среди населения на 100,000 жителей	1.8*	

**Таблица 1.16: Неонатальные программы**

Вмешательства	Текущий охват	
	Кыргызстан <sup>4B</sup>	Чуйская область <sup>5</sup>
Раннее прикладывание к груди	64.9%	48.1%
Раннее начало грудного вскармливания	85%	86%
Исключительное грудное вскармливание	32%	2.5%
Исключительное грудное вскармливание до 3-мес возраста	81.2%*	92.2%*
Периконцептуальная саплементация фолиевой кислотой	NA ▼	NA ▼
Фолиевая кислота включена в стандарты ведения беременных женщин	60%	75%
У нас есть данные по внутриутробным порокам среди детей в возрасте до 1 года на 100,000 жителей	43.2	
Иммунизация столбнячным анатоксином	82%	NA
Охват этим видом иммунизации	94.1%*	94%*
Рутинный послеродовой уход и помощь детям с НВР	NA ▼	NA ▼
Стандарты по неонатальной помощи для новорожденных с НВР	40%	50%
Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек	NA	NA
Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек	45% ▼	55% ▼
Обработка пуповинного остатка и набор для чистых родов	NA	NA
Обработка пуповинного остатка без антисептиков в родильных учреждениях	80% ▼	87% ▼
Антенатальные кортикостероиды	NA	NA
Стандарты имеются, но не применяются должным образом	50% ▼	55% ▼
Реанимация новорожденных	NA	NA
Программа по реанимации новорожденных существует при поддержке ЮНИСЕФ. Каскадные тренинги только начались.	55% ▼	60% ▼
Неотложная акушерская помощь	NA	NA
Со слов врачей, работающих по этой программе	40%	50%
Неотложная неонатальная помощь (для недоношенных, асфиксия в родах)	NA	NA
У нас нет стандартов, но есть обучающий модуль	55% ▼	60% ▼
Оральные а/б при пневмонии	45% ▼	NA
У нас не принято назначать оральные а/б детям в возрасте до 7 дней	65% ▼	
Инъекционные а/б при сепсисе	NA	NA
Со слов врачей, работающих по этой программе	60% ▼	65% ▼

NA-данных нет

\* Данные РМИЦ за 2007 год

▼ - Мнение специалистов группы по МДЗ в Кыргызской Республике

\*\* Данные Центра по ИВБДВ

---

Эта программа распространяется на уровне ПМСП по всей республике с 2006 года, с момента начала деятельности Центра по ИВБДВ. На областном и районном уровнях были обучены координаторы по ИВБДВ. В 2006 году список лекарств по программе дополнительного пакета ФОМС был расширен, и в него вошли лекарственные средства для ИВБДВ и микронутриентной недостаточности. Впервые с 2005 года началось финансирование поставок детских вакцин из государственного бюджета, а доля государственного финансирования достигла 60% к 2008 году. Высокий уровень охвата детей вакцинацией сохраняется, так что уровень иммунизации против кори составил 98.8 % (РМИЦ 2007). Для увеличения охвата вакцинацией детей в возрасте до 1 года успешно применяются европейские недели иммунизации. Йодированная соль хорошего качества, согласно данным МИКО, применяется в 76.1% домохозяйств. В ответ на ухудшение статуса питания детей в Таласской области (27% малолетних детей отстают в росте) начались мероприятия, направленные на обучение матерей принципам рационального питания через вовлечение сельских комитетов здоровья и переобучение медицинских работников. При поддержке ЮНИСЕФ была проведена саплементация Витамином А детей в возрасте 6-59 месяцев и матерей в течение первых 8-ми недель после родов.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПАКЕТУ УСЛУГ И  
ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАСПРОСТРАНЕНИЮ  
ПРОГРАММ ПО ЗДОРОВЬЮ МАТЕРИ,  
РЕБЕНКА И НОВОРОЖДЕННОГО МЛАДЕНЦА**



---

Хотя можно внедрить ряд вмешательств, мы приводим подытоживающие рекомендации:

1. Несмотря на то, что Кыргызстан внедряет стратегии по улучшению материнского и неонатального здоровья через адекватную антенатальную и неотложную помощь, имеется необходимость в улучшении качества предоставляемых услуг. Это можно сделать через обучение сотрудников медицинских учреждений и разработку стандартных протоколов лечения в соответствии с обновленной экономически эффективной моделью ВОЗ, которая включает назначение кальция и малых доз аспирина.
2. Необходимы хорошо оснащенные центры по оказанию неотложной акушерской помощи, а также укрепление системы аудита. Медицинский персонал необходимо обучить оказанию надлежащей неотложной помощи. Оказание услуг в рамках неотложной акушерской помощи необходимо расширить.
3. Необходимо включить в расширенный пакет неонатальных услуг назначение малых доз аспирина (для женщин, имеющих риск развития гипертензивных нарушений беременности), что по оценкам уменьшает на 17% риск преэклампсии, снижает внутриутробную и неонатальную смертность, рождение детей с малым весом для срока гестации и риск преждевременных родов (ранее 37 недель).
4. В расширенный пакет неонатальных услуг необходимо также включить саплементацию кальцием во время беременности, так при этом уменьшается риск высокого кровяного давления и развитие преэклампсии. Рутинный прием кальция во время беременности на фоне диеты бедной кальцием ассоциируется с уменьшением материнской смертности и серьезных заболеваний.
5. Необходима система раннего направления в учреждения по оказанию неотложной акушерской и неонатальной помощи, и использование родостимулирующих средств, на основе четких критериев для направления пациенток и недоношенных детей в больницы более высокого или вторичного уровня. Профилактическое использование окситоцина, при активном ведении третьего периода родов, показало его эффективность (уменьшение кровопотерь по сравнению с средствами, стимулирующими сокращения матки). Активное ведение третьего периода родов, по сравнению с выжидательным, уменьшает риск тяжелых послеродовых кровотечений на 67%. Однако, по сравнению с традиционными инъекционными средствами для сокращения матки (окситоцин), использование орального мизопростала не показало преимуществ. Оральное или подъязычное применение мизопростала, по сравнению с плацебо, оказалось эффективным для уменьшения тяжелых кровотечений. Доказано преимущество неотложного перенаправления и кесаревого сечения в нижнем маточном сегменте в случае осложненных родов и послеродовых осложнений, имеются доказательства того, что обеспечение и укрепление неотложной акушерской помощи может увеличить эффективность использования ресурсов.
6. Следует обратить внимание на решение основных проблем при оказании услуг матери и новорожденному, которые существуют, но плохо решаются, например профилактика и ведение гипертензии индуцированной беременностью (магния сульфат и др.). Имеются надежные доказательства эффекта магния сульфата для профилактики и ведения эклампсии, поэтому такое вмешательство должно входить в пакет услуг медучреждений на уровне ПМСП.
7. Адекватное ведение случаев послеродового кровотечения с использованием мизопростала и безопасного переливания крови.
8. Усовершенствованные тренинги по реанимации новорожденных с использованием обучающих модулей и соответствующего оснащения (маски Амбу, манекены). Семьи необходимо обучать профилактическим мерам, обучение необходимо провести и для всего персонала, участвующего в процессе родов.
9. Начать пилотные проекты с участием сельских групп поддержки и в тесном взаимодействии с патронажными сестрами.

Таблица 1.17: Пакет услуг

Вмешательства по сохранению жизней новорожденных, доказавшие свою эффективность		
Пакет долгосрочных услуг	Помощь девочкам и женщинам до беременности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Равные возможности образования для девочек</li> <li>• Советы по питанию, особенно для девочек и подростков</li> <li>• Профилактика и лечение ВИЧ и ИППП</li> <li>• Планирование семьи, интервал между родами, обучение по вопросам здоровья, советы и консультирование</li> </ul>
	Деятельность на уровне сообщества	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фокусный антенатальный уход (АНУ), включая как минимум 2 дозы противостолбнячной вакцины (ТТ2+)</li> <li>• Лечение сифилиса/ИППП</li> <li>• Тактика при преэклампсии</li> <li>• Периодическое превентивное лечение малярии во время беременности и противомоскитные сетки для кроватей</li> <li>• Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку</li> <li>• Домашняя подготовка к родам и неотложным случаям, обращение за помощью</li> </ul>
	Пакет по питанию	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Советы по питанию, особенно среди девочек и подростков</li> <li>• Сбалансированные энергетически протеиновые добавки</li> <li>• Питание матери во время беременности</li> <li>• Добавки железа и фолиевой кислоты</li> <li>• Различные микронутриенты во время беременности</li> <li>• Раннее и исключительное грудное вскармливание</li> </ul>
	Уход во время беременности (антенатальный уход)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Роды в присутствии обученного специалиста</li> <li>• Использование антенатальных стероидов (дексаметазон) при преждевременных родах</li> <li>• Неотложная акушерская помощь, включая преждевременный разрыв плодных оболочек</li> <li>• Улучшенное взаимодействие между домом и медучреждением</li> <li>• Терморегуляция, поддержка чистых родов и основной уход за новорожденным дома (обсушивание младенца, согревание, чистота и раннее исключительное грудное вскармливание )</li> <li>• Ведение и помощь за детьми с НВР, включая уход по методу «кенгуру» (КМС)</li> <li>• Использование экономически выгодной назальной СРАР и сурфактанта при респираторном дистресс-синдроме</li> </ul>
	Комплексная неотложная помощь для матери и новорожденного	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение парентеральных (инъекционных) антибиотиков</li> <li>• Активное ведение третьего периода родов</li> <li>• Назначение парентеральных (инъекционных) средств, стимулирующих сокращение матки</li> <li>• Назначение парентеральных противосудорожных средств при тяжелой преэклампсии и эклампсии</li> <li>• Удаление остатков плацентарной ткани или сгустков крови методом ручной или аппаратной вакуум-аспирации</li> <li>• Проведение инструментальных вагинальных родов, например, вакуум-экстракция</li> <li>• Безопасное переливание крови</li> <li>• Проведение операций (кесарево сечение)</li> <li>• Реанимация новорожденных и неотложная помощь</li> </ul>

## Аntenатальный уход

Основные элементы фокусной антенатальной помощи должны включать:

- Постановку диагноза и наблюдение за беременной женщиной и ее будущим ребенком.
- Распознавание и ведение связанных с беременностью осложнений, особенно преэклампсии.
- Распознавание и лечение скрытых или сопутствующих заболеваний.
- Скрининг таких состояний и болезней как анемия, ИППП (особенно сифилис), ВИЧ инфекции, психических нарушений, и/или симптомов стресса или домашнего насилия.
- Профилактические мероприятия, включая иммунизацию от столбняка, дегельминтизацию, назначение фолиевой кислоты и железа, периодическое профилактическое лечение малярии во время беременности, противомоскитные сетки для кроватей.
- Советы и оказание поддержки женщине и ее семье для выработки здоровых домашних привычек, а также подготовке к родам и неотложным ситуациям, чтобы:
  - повысить осведомленность о здоровье и потребностях матери и новорожденного, как ухаживать за собой во время беременности и после родов, а также поддержке со стороны сообщества во время и после беременности;
  - стимулировать и поддерживать дома полезные для здоровья привычки, ведение здорового образа жизни и диету, поддержку домочадцев, как например советы и приверженность профилактическим мерам, например, использование презервативов, прием препаратов железа и противомоскитных сеток;
  - стимулировать обращение за медицинской помощью, включая распознавание опасных признаков у женщины и новорожденного ребенка, а также организацию транспорта и финансовых средств для неотложных случаев;
  - помочь беременной женщине и ее партнеру подготовиться эмоционально и физически к родам и уходу за младенцем, особенно к раннему исключительному грудному вскармливанию, основной помощи для новорожденного и роли сопровождающего партнера во время процесса родов;
  - поддерживать послеродовое планирование семьи/соблюдение интервала между родами.

**Таблица 1.18: Фокусная антенатальная помощь: Модель антенатального ухода, предусматривающая 4 посещения/визита, как она описана в клинических руководствах ВОЗ**

	Первый визит 8-12 недель	Второй визит 24-26 недель	Третий визит 32 недели	Четвертый визит 36-38 недель
	Подтверждение беременности и предполагаемой даты родов, отнесение женщин для основного АННУ (4 посещения) или для более специализированной помощи. Ищи, лечи и осуществляй профилактические мероприятия. Разработай план родов и неотложной ситуации. Советуй и консультируй.	Оцени состояние матери и плода. Исключи гипертензивные нарушения беременности и анемию. Осуществляй профилактические мероприятия. Пересмотри и внеси изменения в план родов и неотложной ситуации. Советуй и консультируй.	Оцени состояние матери и плода. Исключи гипертензивные нарушения беременности, анемию, многоплодную беременность. Осуществляй профилактические мероприятия. Пересмотри и внеси изменения в план родов и неотложной ситуации. Советуй и консультируй.	Оцени состояние матери и плода. Исключи гипертензивные нарушения беременности, анемию, многоплодную беременность, неправильное предлежание. Осуществляй профилактические мероприятия. Пересмотри и внеси изменения в план родов и неотложной ситуации. Советуй и консультируй.

**Быстрая оценка и ведение опасных симптомов: дай соответствующее лечение и направь в больницу, при необходимости**

<b>История болезни (спрашивай, проверяй, записывай)</b>	Оцени важные симптомы. Собери психосоциальные, медицинские и акушерские данные. Подтверди беременность и подсчитай предполагаемую дату родов. Распредели всех женщин по категориям (в некоторых случаях после проведения анализа).	Оцени важные симптомы. Проверь записи о предыдущих осложнениях и лечении во время беременности. Проведи реклассификацию, если нужно.	Оцени важные симптомы. Проверь записи о предыдущих осложнениях и лечении во время беременности. Проведи реклассификацию, если нужно.	Оцени важные симптомы. Проверь записи о предыдущих осложнениях и лечении во время беременности. Проведи реклассификацию, если нужно.
<b>Осмотр (смотри, слушай, почувствуй)</b>	Полный общий осмотр, акушерский осмотр, кровяное давление.	Анемия, кровяное давление, рост плода и шевеление.	Анемия, кровяное давление, рост плода, многоплодная беременность.	Анемия, кровяное давление, рост плода, шевеление, многоплодная беременность, неправильное предлежание.
<b>Скрининг и анализы</b>	Гемоглобин Сифилис ВИЧ Протеинурия Группа крови/резус * Бактериурия*	Бактериурия*	Бактериурия*	Бактериурия*
<b>Лечение</b>	Сифилис АРТ если подходит. Лечи бактериурию, если обнаружена. *	Антигельминты**, АРТ если подходит. Лечи бактериурию, если обнаружена. *	АРТ если подходит. Лечи бактериурию, если обнаружена. *	АРТ если подходит. При нарушении, ECV или направь для ECV. Лечи бактериурию, если обнаружена. *
<b>Профилактические мероприятия</b>	Столбнячная вакцина Железо и фолат +	Столбнячная вакцина Железо и фолат+ Лечение малярии АРТ	Железо и фолат+ Лечение малярии АРТ	Железо и фолат+ АРТ
<b>Обучение вопросам здоровья, советы и консультирование</b>	Уход за собой, питание, исключить алкоголь и курение. Безопасный секс, отдых, противомоскитная сетка во время сна.	План родов и неотложной помощи, напоминание предыдущих советов.	План родов и неотложной помощи, кормление младенца, послеродовой/постнатальный уход, соблюдение промежутка между беременностями, напоминание предыдущих советов.	План родов и неотложной помощи, кормление младенца, послеродовой/постнатальный уход, соблюдение промежутка между беременностями, напоминание предыдущих советов.

Запиши все данные в домашний журнал и/или карту АННУ и планируй следующий визит.

Сокращения: EDD=дата родов; BP=кровяное давление; ПИН=гипертензия, вызванная беременностью; ARV=APB лекарства для ВИЧ/СПИД; ECV= поворот головки плода; IPTp=периодическое профилактическое лечение малярии во время беременности; ITN=противомоскитная сеть для кровати.

\*Дополнительное вмешательство для центров более высокого уровня, не рекомендуется в качестве рутинной процедуры в учреждениях с ограниченными ресурсами.

\*\* Не следует давать в первом семестре, но если первое посещение после 16 недель, можно дать во время первого посещения.

+Нужно назначать при анемии.

Таблица 1.19

Тип вмешательства	Что имеется сейчас?	Что необходимо?	Как обеспечить доступ?
Назначение железа-фолатов во время беременности.	Железа фолат (слабые стратегии).	Наличие железа фолата и обучение населения.	Социальный маркетинг. Наличие железа фолата. Стратегии по работе с сообществом.
Многокомпонентные микронутриенты во время беременности.	Многокомпонентные микронутриенты (ММН).	ММН (если есть) для замещения железа фолата и обучение населения.	Социальный маркетинг. Наличие ММН. Стратегии по работе с сообществом.
Сельские группы поддержки для продвижения ухода за матерью и новорожденным.	Нет постоянно организованных Сельских групп поддержки.	Поддержка сообщества.	
Усовершенствованный АНУ.	Традиционный АНУ.	Усовершенствованная экономичная модель, рекомендованная ВОЗ (включая кальций и малые дозы аспирина).	Обучение медицинских работников и разработка стандартных протоколов. Улучшение качества услуг.
Поощрение использования антенатальных стероидов при преждевременных родах.	Имеются в учреждениях, но используются недостаточно.	Обучение врачей как их использовать. Обеспечить наличие.	Обучение врачей. Внедрение аудита.
Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек.	Ограниченное и нерегулярное использование. Нет национальных данных об охвате и нет стандартных протоколов	Обучение врачей как их использовать при преждевременном разрыве плодных оболочек. Обеспечить наличие.	Обучение врачей. Внедрение аудита.
Усовершенствованная неотложная акушерская помощь и охрана репродуктивного здоровья.	Недостаточные услуги для неотложной акушерской помощи.	Эффективное и безопасное переливание крови.	Эффективная транспортировка. Обученный персонал. Хорошо оборудованные учреждения для неотложной акушерской помощи и система аудита.
Реанимация новорожденных и неотложная помощь.	Недостаточное обучение персонала реанимации новорожденных.	Обновленный обучающий модуль (Американская педиатрическая академия и ВОЗ приняли новый протокол) оснащение (маска Амбу, манекены).	Обучение семьи превентивным стратегиям.  Обязательное обучение всех сотрудников, участвующих в родах (врачей, м/с и акушерок), и обеспечение их необходимым оборудованием.
Уход за детьми с очень низким весом при рождении/ недоношенные младенцы (направление в случае необходимости). [Терморегуляция, метод «кенгуру», раннее и правильное грудное вскармливание]	Очень мало тренингов. Основное оборудование (тепловые кровати, обогреватели, отсосы для грудного молока), информационные материалы и поощрение грудного вскармливания.	Обучающие модули по экономичному и надлежащему лечению. Обеспечение основными лекарствами и необходимым оборудованием.	Все медучреждения оснастить для оказания первичной реанимации и стабилизации состояния.
Продвижение исключительного и очень раннего грудного вскармливания.	Недостаточное внимание и отслеживание индикаторов.	Специальные стратегии по продвижению раннего и исключительного грудного вскармливания.	Разработать индикаторы и отслеживать на уровне медучреждения и страны.

<p>Стабилизация состояния, уход и направление больного новорожденного с сепсисом/пневмонией.</p>	<p>Нет стратегий ведения больного или обучения персонала.</p>	<p>Обучение персонала. Основное оборудование (пульсовые оксиметры, отсосы, кувезы или тепловые кровати). Необходимые лекарства для помощи новорожденным.</p>	<p>Согласованная программа и градация учреждений по уровню помощи для новорожденных и младенцев. Наличие обученного медицинского персонала.</p>
<p>Назальное СРАР и использование сурфактанта для недоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом.</p>	<p>Очень мало тренингов, основного оборудования, очень дорогие сурфактанты.</p>	<p>Обучение персонала. Основное оборудование (пульсовые оксиметры, отсосы, кувезы или тепловые кровати). Необходимые лекарства для помощи новорожденным.</p>	



# ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ОТ РАСШИРЕНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СФЕРЕ МАТЕРИНСКОГО, ДЕТСКОГО И НЕОНАТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



---

Во всем мире непосредственными причинами неонатальной смертности являются, по оценкам, преждевременные роды (28%), тяжелые инфекции (26%) и асфиксия (23%). Столбняк новорожденных составляет менее 7% причин смертности и легко предотвращается. Всего в Кыргызстане неонатальных смертей насчитывается около 3450, а основной причиной является асфиксия при рождении, которая составляет 48.7% после преждевременных родов (27.4%). Другие причины включают внутриутробные пороки развития (14.3%), инфекции (6.2%), а также травмы во время родов (4.0%).

По тем интервенциям, которые были отобраны для возможного внедрения в Кыргызстане, позже был проведен систематический анализ для того, чтобы провести оценку эффективности их воздействия через учреждения первичного уровня здравоохранения на материнское, детское и неонатальное здоровье. Мы целенаправленно искали информацию по вмешательствам, в которой бы комплексно оценивалось воздействие услуг по материнскому, детскому и неонатальному здоровью, включая питание, которые были бы направлены на основные причины материнской и детской смертности в Кыргызстане. Окончательный выбор программ основывался на комбинации нескольких подходов, включая экономичность, возможность реализации и потенциальный эффект в рамках времени, отведенного на достижение Целей развития тысячелетия.

Для того чтобы оценить количество и соотношение неонатальных смертельных случаев, которые можно предотвратить, мы соотнесли эффективность компонентов пакета услуг со специфическими причинами неонатальной смерти, используя для этого опубликованные работы и мнение экспертов. Мы оценили потенциальное воздействие этих вмешательств на выживаемость матери и новорожденного через убедительную пошаговую стратегию и через универсальный охват. Для того чтобы сделать эту оценку в когортной модели для Кыргызстана, эффект от вмешательств был соотнесен с текущими показателями смертности по каждой причине отдельно, предполагая, линейное увеличение воздействия на население по мере увеличения охвата. Количество смертельных случаев произошедших по определенной причине и предотвратимых в рамках определенной интервенции, рассчитывалось по следующей формуле:

$$\text{Предотвратимые случаи смерти} = \frac{N \times I \times (P_1 - P_0)}{(1 - I \times P_0)}$$

где

N	=	количество случаев смерти до вмешательства
I	=	процент уменьшения смертности в результате вмешательства
P <sub>0</sub>	=	существующий охват вмешательствами
P <sub>1</sub>	=	заданный охват вмешательствами

Для каждого вмешательства/интервенции количество летальных случаев по определенной причине и предотвратимых благодаря определенному вмешательству, отнималось затем от текущего количества смертельных случаев, для того чтобы рассчитать воздействие следующего вмешательства. Мы оценивали воздействие на основе двух подходов: при универсальном/повсеместном охвате (99%) и при «прагматическом» охвате вмешательствами, которым можно охватить в течение короткого времени в рамках системы ПМСП, и который рассчитывался следующим образом: задача - 30% охвата если текущий охват составляет <=15%; задача 50% - при существующем 16-30%-ном охвате; задача 70% если сейчас 30-50% охвата и задача 90% или 99% если текущий охват вмешательствами составляет 50-80% и >80%, соответственно.

**Таблица 1.20: Влияние вмешательств на неонатальные причины смертности в медицинских учреждениях первичного уровня**

Причины смертности	Количество случаев смерти (%)	Количество предотвратимых случаев смерти при прагматическом охвате (%)	Количество предотвратимых случаев смерти при повсеместном охвате (%)
Преждевременные роды	27.4%	16.9%	37.6%
Асфиксия новорожденного	48.7%	15.9%	37.2%
Внутриутробные аномалии	14.3%	1.7%	3.3%
Инфекции	6.2%	39.2%	70.2%
Травмы, полученные во время родов	4.0%	--	
Другие причины	8.0%	--	
<b>Всего</b>		<b>13.8%</b>	<b>30.4%</b>

Причины смертности	Количество предотвратимых случаев смерти при прагматическом охвате %	Количество предотвратимых случаев смерти при повсеместном охвате %
Раннее прикладывание к груди	0.2%	0.2%
Исключительное грудное вскармливание	0.1%	0.2%
Пригравидарная сапплементация фолиевой кислотой	0.2%	0.4%
Обычный послеродовой уход и оказание помощи младенцам с низким весом при рождении	1.0%	2.9%
Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек	0.1%	0.2%
Обработка пуповинного остатка и набор для «чистых родов»	0.1%	0.2%
Антенатальные стероиды	1.8%	4.5%
Реанимация новорожденных	4.6%	10.0%
Неотложная акушерская помощь	3.0%	9.0%
Неотложная неонатальная помощь (для недоношенных детей и с асфиксией)	1.7%	3.7%
Оральные антибиотики: при пневмонии	0.6%	1.6%
Инъекционные а/б: при сепсисе	1.4%	2.7%

Для достижения задач ЦРТ-4 необходимо значительное уменьшение детской и материнской смертности, при этом уменьшение летальных исходов в течение первой недели жизни будет иметь решающее значение. За последнее десятилетие в некоторых регионах мира был достигнут большой прогресс в уменьшении материнской и детской смертности благодаря бесплатной неонатальной помощи, усовершенствования помощи, оказываемой во время родов и наличию антибиотиков. Значительное количество смертельных случаев можно предотвратить благодаря вмешательствам, доказавшим свою эффективность для выживаемости новорожденных (внедрение в идеальных условиях), путем включения их в пакет услуг, предоставляемых в системе здравоохранения с использованием трех моделей обеспечения их доступности: аутрич, семья-сообщество и медицинская помощь в учреждениях здравоохранения.

Большинство основных видов вмешательств по предотвращению материнской и детской смертности можно донести до населения через подходы, основанные на взаимодействии с сообществом и программам по работе с населением. К таким вмешательствам относятся: грудное вскармливание (немедленное прикладывание и исключительное грудное вскармливание), саплементация фолиевой кислотой, оказание помощи детям с низким весом при рождении, обработка пупка, антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек. Но самым важным видом вмешательства является реанимация новорожденных и неотложная акушерская помощь. Благодаря только надлежащей реанимации новорожденных можно предотвратить при прагматическом и универсальном охвате 4.6% (n=157) и 10% (n=346) летальных исходов соответственно. Благодаря неотложной акушерской помощи, другому важному вмешательству, можно сохранить жизни примерно 3.0% при прагматическом охвате и 9.0% при универсальном охвате.

При универсальном охвате (99%) вышеперечисленными вмешательствами можно избежать, по оценкам, 34% смертельных случаев среди новорожденных. Согласно модели, при прагматическом охвате предсказывается уменьшение на 13.8% смертности среди новорожденных при внедрении этих доказанных вмешательств в программу по МДНЗ для учреждений ПМСП.

В Чуйской области основными причинами смертности являются асфиксия новорожденных при родах (46.5%) и недоношенность (21.9%), которые почти совпадают с причинами по Кыргызстану в целом. Большинство этих причин предотвратимы, и благодаря нижеперечисленным вмешательствам мы можем уменьшить неонатальную смертность примерно на 32% при универсальном охвате.

**Таблица 1.21: Воздействие вмешательств на неонатальные причины смертности в Чуйской области**

Причины смертности	Количество случаев смерти (%)	Количество предотвратимых случаев смерти при прагматическом охвате (%)	Количество предотвратимых случаев смерти при повсеместном охвате (%)
Преждевременные роды	21.9%	17.2%	34.1%
Асфиксия новорожденного	46.5%	16.3%	33.3%
Внутриутробные	15.2%	1.7%	2.0%
Инфекции	12.1%	40.1%	66.2%
Травмы, полученные во время родов	1.4%	--	--
Другие причины	3.0%	--	--
<b>Всего</b>		<b>16.5%</b>	<b>31.3%</b>
Вмешательства		Количество предотвратимых случаев смерти при прагматическом охвате (%)	Количество предотвратимых случаев смерти при повсеместном охвате (%)
Раннее прикладывание к груди		0.3%	0.4%
Исключительное грудное вскармливание		0.2%	0.2%
Пригравидарная саплементация фолиевой кислотой		0.3%	0.3%
Обычный послеродовой уход и оказание помощи младенцам с низким весом при рождении		1.1%	2.7%

Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек	0.2%	0.3%
Обработка пуповинного остатка и набор для «чистых родов»	0.2%	0.3%
Аntenатальные стероиды	1.6%	3.6%
Реанимация новорожденных	4.8%	9.3%
Неотложная акушерская помощь	3.3%	8.0%
Неотложная неонатальная помощь (для недоношенных детей и с асфиксией)	1.5%	3.0%
Оральные антибиотики: при пневмонии	1.3%	3.4%
Инъекционные а/б: при сепсисе	3.1%	5.3%

Здоровье матери и оказание медицинской помощи являются важнейшими детерминантами выживаемости новорожденных. На здоровье новорожденных оказывают влияние такие факторы как здоровье в течение жизненного цикла, начиная с девочки - ребенка, затем девочки – подростка и затем беременности. Осложнения во время родов являются определяющими причинами выживаемости и здоровья плода и новорожденного ребенка. Интратанальные факторы риска в большей степени обуславливают увеличение риска смертности среди новорожденных, чем факторы риска, наличествующие во время беременности, которые в свою очередь увеличивают риск в большей степени, чем факторы, предшествующие беременности. Осложненные роды и неправильное предлежание плода обуславливают самый высокий риск и требуют квалифицированного вмешательства. Смерть матери значительно увеличивает риск смерти ее новорожденного ребенка.

**Таблица 1.22: Влияние вмешательств на уровне первичной медико-санитарной помощи на причины материнской смертности в Кыргызстане**

Причины смерти	Материнская смертность (%)	Количество предотвратимых случаев смерти при прагматическом охвате (%)	Количество предотвратимых случаев смерти при повсеместном охвате (%)
Кровотечение	47.6%	24.0%	48.0%
Гипертензивные нарушения беременности	25.0%	30.0%	75.0%
Инфекции	0.1%	30.0%	64.2%
Разрыв матки	3.2%	--	--
Другое	15.1%	--	--
Все причины смертности (предотвратимые только благодаря планированию семьи)		7.0%	21.0%
<b>Всего</b>	<b>100%</b>	<b>27.1%</b>	<b>62.2%</b>

Интервенции	Охват	Количество предотвратимых случаев материнской смертности при прагматическом охвате (%)	Количество предотвратимых случаев материнской смертности при повсеместном охвате (%)
Внедрение программ по репродуктивному здоровью и семейному планированию	35.9%	6.7%	21.2%
Обнаружение и ведение инфекций мочевых путей (ИМП)	81.0% *	0.7%	1.3%
Диагностика гипертензивных нарушений беременности и мероприятия по профилактике судорог и коррекции гипертензии	40.0% **	4.2%	12.4%
Малые дозы аспирина во время беременности для женщин с долей риска	5.0%	0.9%	4.0%
Саплементация препаратами кальция для профилактики развития ГНБ у женщин группы риска, их реализации	30.0%	1.6%	5.7%
Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек и подозрении на хориоамнионит, а также уходе после аборта	40.0%	1.0%	3.1%
Основная акушерская помощь (чистые роды)	80.0%	1.5%	2.9%
Основная акушерская помощь (активное ведение третьего периода родов, включая использование родостимулирующих средств (окситоцина, мизопростола), контролируемых тракций за пуповину плаценты, а также дилатация и кюретаж для после абортного ухода)	55.0%	7.5%	16.4%
Основная акушерская помощь при пре- и эклампсии (сульфат магния)	30.0% ***	1.6%	5.7%
Неотложная акушерская помощь (включая переливание крови и кесарево сечение в нижнем маточном сегменте)	40.0%	4.2%	12.4%

Примечание: Зеленым цветом выделены те интервенции, которые не были включены в ранее предоставленный список. Поскольку 25% материнской смертности вызваны гипертензией, эти интервенции включены в модель из последней публикации Ланцет.

\* Приближенное значение исходя из 4 минимальных антенатальных визитов.

\*\* 50% АНУ 4+ визита.

\*\*\* То же, что и для кальция при гипертензивных нарушениях беременности.

---

Повсеместный/универсальный охват вышеперечисленными вмешательствами на уровне ПМСП поможет предотвратить 62.2% всех смертных случаев, в то время как прагматический охват – примерно 27.1% материнской смертности. Имеются надежные доказательства эффективности магния сульфата для профилактики судорог при преэклампсии и эклампсии, поэтому такое вмешательство должно входить в пакет услуг медучреждений на уровне ПМСП. Это поможет уменьшить количество случаев материнской смертности, как при универсальном/повсеместном охвате, так и прагматическом. Использование в медицинских учреждениях родостимулирующих средств во время активного ведения третьего периода родов уменьшает риск послеродовых кровотечений и в то же время уровень материнской смертности.

Наш обзор вновь подтверждает, что программы на уровне ПМСП могут оказать значительное влияние на материнское, детское и неонатальное здоровье и уровень смертности. Он также демонстрирует, что даже без оказания помощи на вторичном уровне стационарной помощи, значительного успеха можно достичь при условии, что эти программы становятся доступными на уровне учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи (доступность услуг на уровне домохозяйств и сообщества, и медучреждений первичного уровня). Для того чтобы успешно достичь широкого охвата ключевыми мероприятиями в сфере МДНЗ, в любой стратегии необходимо учитывать вышеперечисленные реалии и работать совместно с медицинскими работниками для обеспечения доступа к эффективным и необходимым услугам. Ключом успеха является внедрение тех вмешательств, которые, как мы знаем, работают через все доступные каналы, и создание устойчивого механизма мониторинга и оценки. Концентрация усилий в сфере МДНЗ и выживаемости на уровне ПМСП является для стран и осуществимым и приоритетным направлением, для того чтобы достичь своих задач по достижению Целей развития тысячелетия в сфере сокращения материнской и детской смертности.

---

## ССЫЛКИ

1. Источник данных: Многочисленная база данных и отчеты для Кыргызстана [ВОЗ, МДИ, ЮНИСЕФ, МИКО].
2. Достижения ЦРТ в Кыргызской Республике: статус, вызовы, стратегии. Роман Могилевский, Центр по социальным и экономическим исследованиям CASE-Kyrgyzstan.
3. Кыргызская Республика: Цели развития тысячелетия, отчет за 2003.
4. Создание системы регионализации в Кыргызской Республике в рамках разработки Перинатальной программы, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики.
5. Многоиндикаторное кластерное исследование, Нацкомстат, ЮНИСЕФ, 2006.
6. Региональная детская смертность, 2001. Источник: Нацкомстат, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики.
7. Источник: Национальный статистический комитет, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики.
8. Обеспечение безопасной беременности. Национальный семинар – Что скрывается за цифрами в Кыргызстане? Бишкек, Кыргызская Республика, 14-17 ноября, 2006, стр. 1.
9. Всемирная Организация Здравоохранения. <http://www.who.int/countries/kgz/en/>
10. Европейское здоровье для всей базы данных [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://data.euro.who.int/hfad/> accessed July 2006).
11. Резюме: Тенденции социальных показателей в Кыргызской Республике, 1996-2006. Бишкек, декабрь 2007, Dirk Westhof.
12. Матрица созданная по результатам встреч с Министерством здравоохранения, ШКК, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ВОЗ, АБР, Немецким банком развития, ВБ, ЮСАИД, Здравплюс –3 октября, 2007.
13. Вмешательства, направленные на выживание матери, ребенка и новорожденного младенца: какие изменения могут произойти в результате вмешательств на уровне ПМСП? Bhutta Z.A., Ali S., Cousens S., Ali T.M., Haider B.A., Rizvi A., Okong P., Bhutta S.Z., Black R.E. Lancet 2008; 372:972-89.
14. Внедрение антенатальной помощи на уровне сообщества: результаты пилотного исследования в сельских областях Пакистана. Бюллетень ВОЗ 2008;86 Bhutta Z.A., Memon Z.A., Soofi S., Salat M.S., Cousens S., Martines J. (e publication).
15. Воздействие усовершенствованной программы по вакцинации и эффективность учреждений интенсивного ухода на частоту случаев столбняка и исход на юге Вьетнама, 1993-2002. Thwaites C.L., Yen L.M., Nga N.T., Parry J., Binh N.T., Loan H.T., Thuy T.T., Bethell D., Parry C.M., White N.J., Day N.P., Farrar J.J. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2004 Nov; 98(11):671-7.
16. Антибиотики при бессимптомной бактериурии во время беременности. Smaill F., Vazquez J.C. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD000490. DOI: 10.1002/14651858. CD000490. pub2.
17. Результаты рутинной сапплементации женщин оральными препаратами железа с или без фолиевой кислоты во время беременности. Pena-Rosas J.P., Viteri F.E. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858. CD004736. pub2.
18. Что работает? Вмешательства для выживаемости при недостаточности питания среди женщин и детей. Bhutta Z.A., Ahmed T., Black R.E., Cousens S., Dewey K., Giugliani E., Haider B.A., Kirkwood B., Morris S.S., Sachdev H.P., Shekar M. Исследование по недостаточности питания среди матерей и детей. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Lancet. 2008; 371:417-40.
19. Соблюдение интервала между родами и риск перинатальных осложнений. Conde-Agudelo A., Anyeli Rosas-Bermuez A., Kafury-Goeta A.C. A Meta-analysis. JAMA 2006; 295: 1809-23.
20. Изучение вмешательства в Мозамбике, направленного на уменьшение осложнений во время беременности после перенесенного сифилиса. Bique Osman N., Challis K., E. Folgosa, M. Cotiro, and S. Bergström. Sex. Transm. Inf., Jun 2000; 76: 203-207.

- 
21. Влияние перинатальной смертности, обусловленной упущенными возможностями лечения сифилиса в сельской местности Южной Африки: результаты базового исследования в клинической рандомизированной группе пациентов. Rotchford K., Lombard C., Zuma K., Wilkinson D. *Trop Med Int Health*. 2000 Nov; 5(11):800-4.
  22. Организация тестирования сифилиса по месту проживания и влияние на отсрочку лечения, уровень лечения и перинатальную смертность в сельской местности Южной Африки в клинической рандомизированной группе пациентов. Myer L., Wilkinson D., Lombard C., Zuma K., Rotchford K., Karim S.S. *Sex Transm Infect*. 2003 Jun; 79(3):208-13.
  23. Вмешательства на уровне сообществ по уменьшению ИППП, включая ВИЧ-инфекции. Sangani P., Rutherford G., Wilkinson D. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; ( 2):CD001220.
  24. Полевое исследование по эффективности применения zidovudine, lamivudine и однократной дозы nevirapine для предотвращения вертикальной трансмиссии во время родов. Dabis F., Bequet L., Ekouevi D.K., Viho I., Rouet F., Horo A., Sakarovitch C., Becquet R., Fassinou P., Dequae-Merchadou L., Wellfens-Ekra C., Rouzioux C., Leroy V. ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group. *AIDS*. 2005 Feb 18; 19(3):309-18.
  25. Краткий курс лечения оральным зидовудином для профилактики заражения HIV-1 от матери к ребенку в Абиджане, Кот Девуар: рандомизированные исследования. Wiktor S.Z., Ekpini E., Karon J.M., Nkengasong J., Maurice C., Severin S.T., Roels T.H., Kouassi M.K., Lackritz E.M., Coulibaly I.M., Greenberg A.E. *Lancet*. 1999 Mar 6; 353(9155):781-5.
  26. Прием калорийной протеиновой пищи во время беременности. Kramer M.S., Kakuma R. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD000032.
  27. Использование противомоскитных сеток для профилактики малярии во время беременности. Gamble C., Ekwaru J.P., ter Kuile F.O. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD003755.
  28. Эффект резистентности sulfadoxine-pyrimethamine на эффективность периодического профилактического лечения малярии во время беременности (систематический обзор). Kuile F.O., van Eijk A.M., Filler S.J. *JAMA*. 2007; 297:2603-16.
  29. Эффективность антималярийного режима с использованием sulfadoxine-pyrimethamine и/или для профилактики периферальной и плацентарной Plasmodium falciparum инфекции среди беременных женщин в Малави. Schultz L., Steketee R., Macheso A., Kazembe P., Chitsulo L., Wirima J. *Am J Trop Med Hyg*. 1994; 51:515-522.
  30. Сравнение периодического профилактического лечения малярии в Мали с использованием chemoprophylaxis для профилактики малярии во время беременности. Kayentao K., Kodio M., Newman R.D., et al. *J Infect Dis*. 2005; 191:109-116.
  31. Использование анатоксина для профилактики tetanus neonatorum. Заключительный отчет. Newell K.W., Duenas Lehmann A., LeBlanc D.R., Garces Osorio N. Final report of a double-blind controlled field trial. *Bulletin of the World Health Organization* 1966; 35(6):863-71.
  32. Продолжительность защитного иммунитета благодаря иммунизации матери tetanus toxoid: доказательства собранные в Matlab, Bangladesh. Koenig M.A., Roy N.C., McElrath T., Shahidullah M., Wojtyniak B. *Am J Public Health*. 1998 Jun; 88(6): 903-7.
  33. Сколько детских жизней мы можем спасти в этом году? Jones G., Steketee R.W., Black R.E., Bhutta Z.A., Morris S.S. Bellagio Child Survival Study Group. *Lancet*. 2003;362:65-71.
  34. Поддержка кормящих матерей. Britton C., McCormick F.M., Renfrew M.J., Wade A., King S.E. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001141.
  35. Эффективность назначения препаратов цинка в профилактике диареи и респираторных инфекций среди детей: мета-анализ. Aggarwal R., Sentz J., Miller M.A. *Pediatrics*. 2007 Jun; 119(6):1120-30.
  36. Эффект приема препаратов цинка на рост и концентрацию цинка в сыворотке в препубертатном периоде среди детей: мета-анализ рандомизированных исследований. Brown K.H., Peerson J.M., Rivera J., Allen L.H. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:1062-71 replace with IZiNCG.
-

- 
37. Улучшение качества и эффективности услуг для детей в медучреждениях благодаря ИВБДВ в Танзании. Bryce J., Gouws E., Adam T., Black R.E., Schellenberg J.A., Manzi F., Victora C.G., Habicht J.P. *Health Policy Plan.* 2005; 20 Suppl 1:i69-i76.
  38. Танзания: ИВБДВ - базовое исследование среди домохозяйств. Schellenberg J.A., Victora C.G., Mushi A., de Savigny D., Schellenberg D., Mshinda H., Bryce J. Study Group. Несправедливость среди самых бедных: медицинская помощь для детей сельской местности в Танзании. *Lancet.* 2003; 361:561-6.
  39. Проблемы содержания: интерпретация данных, полученных при оценке вмешательств по выживаемости детей. Victora C.G., Schellenberg J.A., Huicho L., Amaral J., El Arifeen S., Pariyo G., Manzi F., Scherpbier R.W., Bryce J., Habicht J.P. *Health Policy Plan.* 2005; 20 Suppl 1:i18-i31.
  40. ИВБДВ в Бангладеш: первые данные, полученные в кластерном рандомизированном исследовании. El Arifeen S., Blum L.S., Hoque D.M., Chowdhury E.K., Khan R., Black R.E., Victora C.G., Bryce J. *Lancet.* 2004; 364:1595-602.
  41. Стоит ли дороже ИВБДВ по сравнению с обычной медицинской помощью? Результаты из Объединенной Республики Танзания. Adam T., Manzi F., Schellenberg J.A., Mgalula L., de Savigny D., Evans D.B. *Bull World Health Organ.* 2005; 83:369-77.
  42. Эффективность и экономичность ИВБДВ в медучреждениях Танзании. Armstrong Schellenberg J.R., Adam T., Mshinda H., Masanja H., Kabadi G., Mukasa O., John T., Charles S., Nathan R., Wilczynska K., Mgalula L., Mbuya C., Mswia R., Manzi F., de Savigny D., Schellenberg D., Victora C. *Lancet.* 2004; 364: 1583-94.
  43. Лечение пневмонии и смертность среди новорожденных, младенцев и детей дошкольного возраста: мета-анализ исследований, проведенных среди населения. Sazawal S., Black R.E. Pneumonia Case Management Trials Group. *Lancet Infect Dis.* 2003; 3:547-56.
  44. Антибиотики для пневмонии. Kabra S.K., Lodha R., Pandey R.M. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004874. DOI: 10.1002/14651858.CD004874. pub2.
  45. Эффективность лечебных добавок цинка среди малолетних детей с определенными инфекциями: обзор доказательств. Haider B.A. and Bhutta Z.A. *Food and Nutrition Bulletin* 2009; 30(1): S41-S59.
  46. Лекарства для гельминтизации при лечении кишечных глистов у детей: влияние на рост и успеваемость в школе. Taylor-Robinson D.C., Jones A.P., Garner P. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000371. DOI: 10.1002/14651858.CD000371. pub3.
  47. Обзор и мета-анализ влияния кишечных глистов на рост и питание детей. Hall A., Hewitt G., Tuffrey V., de Silva N. *Matern Child Nutr.* 2008 Apr; 4 Suppl 1:118-236.
  48. ЮНИСЕФ – государство мира/UNICEF State of the world 2009, <http://www.unicef.org/sowc09>

Каждому ребенку -  
здоровье, образование, равные возможности и защиту  
**НА ПУТИ К ГУМАННОМУ МИРУ**

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)  
в Кыргызской Республике  
Дом ООН  
пр. Чуй 160, 720040  
г. Бишкек, Кыргызская Республика  
Телефоны: 996 312 611 211 + ext  
              996 312 611 224 ...7  
Факс:       996 312 611 191  
[bishkek@unicef.org](mailto:bishkek@unicef.org)  
[www.unicef.org/kyrgyzstan/ru](http://www.unicef.org/kyrgyzstan/ru)

© The United Nations Children's Fund (UNICEF)  
Декабрь, 2009