



ПРОГРЕСС И АСПЕКТЫ

СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ

В КЫРГЫЗСТАНЕ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

юнисеф 

для каждого ребенка

ПРОГРЕСС И АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ В КЫРГЫЗСТАНЕ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

юнисеф 
для каждого ребенка

**Махдис Камали¹, Джеймс Райт¹, Надия Аксиир¹, Хана Тасик¹, Кэйтлин Конвэй¹, Саман Брар¹,
Арджуманд Ризви,^{2,3} Зульфикар Бхутта^{1,2}**

¹ Центр глобального здоровья детей, Госпиталь для больных детей, Торонто, Канада

² Отдел по охране здоровья женщин и детей, Университет Ага Хана, Карачи, Пакистан

³ Корпорация по охране здоровья матери и ребенка и Исследованиям, Пакистан и Северная Америка

СОДЕРЖАНИЕ

Список графиков	4
Краткий обзор	5
Глава 1: Предпосылки и Введение	14
1. Глобальный прогресс в области охраны здоровья матерей и новорожденных	14
2. Результаты в Центральной Азии и на Кавказе	14
3. История вопроса в Кыргызстане	19
4. Ситуация в сфере здравоохранения и положение	20
5. Обоснование для исследования	22
6. Цели исследования	22
Глава 2: Методы	23
1. Систематический обзор	23
2. Политика и анализ программы	23
3. Количественные методы	24
i. Источник данных и ключевые индикаторы	24
ii. Качество данных и очистка данных	25
iii. Описательный анализ	27
iv. Многопеременный анализ	28
v. Инструмент для оценки числа спасённых жизней (LiST) и воздействие вмешательств (совокупность услуг)	29
Глава 3: Результаты	31
1. Динамика смертности и статус	35
i. Национальная динамика	35
ii. Динамика мертворождений и показатель смертности новорожденных	37
2. Основные причины мертворождений и причины младенческой смертности при мертворождении	50
i. Причины смерти при мертворождении	50
ii. Причины смерти среди новорожденных	52

iii. Основные заболевания матерей при младенческой смертности и мертворождениях из Реестра	59
3. Охват вмешательствами и изменения	65
4. Качество ухода	71
i. Смертность и причины смерти по уровню медучреждений	73
5. Декомпозиционный анализ	79
6. Анализ пробелов в политике/программе и во вмешательствах	82
i. Законы, законодательство, постановления	84
ii. Политики	85
iii. Программы	87
7. Анализ пробелов во вмешательствах	91
8. Анализ LiST (Инструмент для оценки числа спасённых жизней)	97
Глава 4: Анализ и обсуждения	98
Библиография	104

СПИСОК ГРАФИКОВ

График 1: Динамика в ПНС в регионе Центральной Азии, 1990-2017 гг.	16
График 2: Динамика в ПМС в регионе Центральной Азии, 1990-2015 гг.	17
График 3: Региональные результаты по здоровью новорожденных.	19
График 4: Тенденции ПНС (показатель неонатальной смертности) и экономического роста в Кыргызстане, 1990-2017 гг.	20
График 5: Карта Кыргызстана и окружающих его стран.	21
График 6а: Количество зарегистрированных рождений по областям	27
График 6б: Количество зарегистрированных смертей по областям	28
График 7а: Процент рождений и смертей в Баткенской области по учреждениям	32
График 7б: Процент рождений и смертей в Бишкеке в разрезе учреждений	33
График 7в: Процент рождений и смертей в Чуйской области по учреждениям	33
График 7г: Процент рождений и смертей по Иссыкульской области в разрезе учреждений	34
График 7д: Процент рождений и смертей по Джалалабадской области по учреждениям	34
График 7е: Процент рождений и смертей по Нарынской области по учреждениям	35
График 7ё: Процент рождений и смертей по Ошской области по учреждениям	36
График 7ж: Процент рождений и смертей по Талаской области по учреждениям	36
График 8: Динамика мертворождаемости в Кыргызстане по источникам данных, 1990-2018 гг.	37
График 9а: Показатели смертности детей до 5 лет (сплошные линии) и показатели неонатальной смертности (пунктирные линии) на 1,000 живорождений в Кыргызстане	38
График 9б: Показатели материнской смертности, 1990-2018 гг.	39
График 10а: Показатель неонатальной смертности на районном уровне, 2013 г.	39
График 10б: Показатель неонатальной смертности на районном уровне, 2017 г.	40
График 10в: Годовое изменение процентного соотношения ПНС между 2013 и 2017 годами	40
График 11: Разбивка мертворождений по периодам, 2013-2017 гг.	41
График 12: Динамика областных показателей неонатальной смертности, 2013-2017 гг.	42
График 13а: Показатели неонатальной смертности на основе географических факторов, 2014 г. по сравнению с 2018 г.	43
График 13б: Показатели неонатальной смертности на основе социально-экономических факторов, 2014 г. по сравнению с 2018 г.	43
График 14а: Разбивка неонатальных смертей по периоду смертности, 2013-2017 гг.	44
График 14б: Показатели неонатальной смертности по периоду смерти, 2013-2017 гг.	45
График 15а: Период смертности среди новорождённых с низким весом (<2,500 грамм), 2013-2017 гг.	46
График 15б: Период смертности среди новорождённых с нормальным весом (≥2,500гр), 2013-2017 гг.	47

График 16а: Период смертности среди недоношенных детей (<37 недель), 2013-2017 гг.	47
График 16б: Период смертности среди доношенных детей (≥37 недель), 2013-2017 гг.	48
График 17: Показатель неонатальной смертности по категории Маленьких к гестационному возрасту детей (МГВ), 2013-2017 гг.	49
График 18а: Разбивка неонатальных смертей по периоду смертности, 2013-2017 гг.	49
График 18б: Отношение шансов (ОШ) неонатальной смертности по группированию по гестационному возрасту и весу (с ДИ 95%)	50
График 19а: Главные причины смертности среди мертворождений в дородовый период, 2013 г. по сравнению с 2017 г.	51
График 19б: Главные причины смертности среди мертворождений в интранатальный период, 2013 г. по сравнению с 2017г.	51
График 20: Разбивка причин неонатальной смертности на глобальном уровне и в Кыргызстане, 2017 и 2018 гг.	53
График 21: Причины смертности по периоду смерти	54
График 22а: Совокупные причины неонатальных смертей среди детей с низким весом при рождении (<2500гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	54
График 22б: Главные причины смерти среди новорожденных с низким весом (<2500гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	55
График 22в: Совокупные причины неонатальных смертей среди детей с нормальным весом при рождении (≥2500гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	55
График 22г: Причины смерти среди новорожденных с нормальным весом (≥2500гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	56
График 23а: Совокупные причины неонатальных смертей среди недоношенных детей (<37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	57
График 23б: Главные причины смертей среди недоношенных детей (<37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	57
График 23в: Совокупные причины неонатальных смертей среди доношенных детей (≥37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	58
График 23г: Главные причины смерти среди доношенных детей (≥37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.	58
График 24: Частота главных заболеваний матерей, чьи новорождённые дети умерли в неонатальном периоде	59
График 25: Частота основных заболеваний матерей, чьи дети, рожденные с низким весом (<2500гр) умерли в неонатальном периоде	60
График 26: Частота основных заболеваний матерей, чьи дети, рожденные с нормальным весом (≥2500гр) умерли в неонатальном периоде	61
График 27: Частота основных заболеваний матерей, чьи новорожденные недоношенные дети (<37 недель) умерли в неонатальном периоде	61
График 28: Частота основных заболеваний матерей, чьи новорожденные доношенные дети (≥37 недель) умерли в неонатальном периоде	62
График 29: Основные заболевания матерей, чьи новорожденные дети умерли от респираторных болезней в неонатальном периоде	63

График 30: Главные заболевания матерей, чьи дети умерли от асфиксии в неонатальном периоде	64
График 31: Главные заболевания матерей, чьи дети умерли от инфекций в неонатальном периоде	65
График 32: Охват услугами по охране здоровья матери и новорожденного по областям, на основе МИКО 2018 г.	66
График 33а: Годовое процентное изменение в числе женщин, посещающих врача минимум 4 раза в дородовой период между МИКО 2014 г. и МИКО 2018г.	67
График 33б: Годовое процентное изменение в родах, принятых в медучреждениях между МИКО 2014г. и МИКО 2018г.	67
График 33в: Годовое процентное изменение в пропорции женщин, получающих послеродовую помощь между МИКО 2014 г. и МИКО 2018 г.	68
График 33г: Годовое процентное изменение в использовании средств контрацепции между МИКО 2014 г. и МИКО 2018 г.	68
График 34а: Сравнение охвата вмешательствами по охране здоровья матери и новорожденного по квинтилям благосостояния, ОДЗ 1997 г. по сравнению с МИКО 2014 г. и МИКО 2018 г.	69
График 34б: Сравнение охвата вмешательствами по охране здоровья матери и новорожденного по квинтилям благосостояния, 1997 г. по сравнению с 2014 г. и 2018г.	70
График 35. Процентная доля матерей, проходящих послеродовые осмотры после выписки из медицинского учреждения и место проведения осмотров	70
График 36: Качество медицинской помощи, 2005-2018 гг.	72
График 37: Число зарегистрированных рождений по областям и уровням медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	72
График 38: Разбивка рождений по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	73
Рисунок 39: Разбивка неонатальных смертей по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	74
График 40а: Показатель неонатальной смертности на 1,000 живорождений по уровням медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	74
График 40б: Разбивка неонатальной смертности на 1,000 живорождений по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	75
График 41: Разбивка смертей от асфиксии по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	76
График 42: Разбивка смертей от гипоксии по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	77
График 43: Разбивка смертей от инфекции по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)	77
График 44: Относительный вклад каждого фактора в рассчитанное снижение показателей неонатальной смертности (ОДЗ 1997 г. и МИКО 2018 г.)	79
График 45: Обзор законов, политик, программ и стимулов, касающихся неонатальной смертности в Кыргызстане с 1990-2018 гг.	81

СПИСОК ТАБЛИЦ

Таблица 1: Основные контекстуальные, демографические показатели и показатели услуг здравоохранения для стран Центральной Азии	18
Таблица 2: Показатели прогресса в достижении ЦУР для стран Центральной Азии	18
Таблица 3: Разбивка индикаторов исследования и источников данных	26
Таблица 4: Количество рождений согласно официальным оценкам и зарегистрированным рождениям, 2013-2017 годы	27
Таблица 5: Факторы, связанные со спадом в ПНС (показателе неонатальной смертности) в Кыргызстане, МИКО 2018 г. и ОДЗ 1997г.	78
Таблица 6: Категоризация законов, политик и программ в Кыргызстане, которые относятся к семи пакетам Инструмента для оценки числа спасённых жизней (LiST)	91
Таблица 6а: Жизни, спасённые с помощью вмешательств Плана Действий «Каждый новорожденный» (ПДКН)	94
Таблица 6б: Жизни, спасённые с помощью вмешательств (разбивка)	94
Таблица 6в: Жизни, спасённые с помощью пакетов вмешательств	95

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ДН	Дородовое наблюдение
ДСЛС	Дополнительный список лекарственных средств
ЕЕП	Единое ежемесячное пособие
ЕСП	Ежемесячное социальное пособие
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
ИПОЗ	Институт измерения показателей и оценки здоровья
КА/КР	Квалифицированные акушеры/квалифицированное родовспоможение
КИО	Композитный индекс охвата
КРР	Комплексные рамки развития
LiST	Инструмент для оценки числа спасённых жизней
МГВ	Маленький к гестационному возрасту
МГОУДС	Межучрежденческая Группа ООН по оценке уровней детской смертности
МИКО	Мульти-индикаторное кластерное обследование
МКБ	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
МЗ	Министерство Здравоохранения
НССБ	Национальная стратегия сокращения бедности
ОДЗ	Обследования в области демографии и здравоохранения
ОЗМНД	Охрана здоровья матери, новорожденных и детей
ОПМУ	Основной пакет медицинских услуг
ПДКН	План Действий «Каждый новорожденный»
ПМС	Показатель материнской смертности

ПНС	Показатель неонатальной смертности
ППС	Паритет покупательской способности
ПРООН	Программа Развития Объединенных Наций
РГЭЗР	Референс-группа по эпидемиологии Института здоровья ребенка
СКЗ	Сельские Комитеты Здоровья
СНСД	Страны с низким и средним уровнем доходов
СПИД	Синдром приобретённого иммунного дефицита
ТБ	Туберкулез
ФИД	Фактор инфляции дисперсии
ФОМС	Фонд Обязательного Медицинского Страхования
ЦРТ	Цели Развития Тысячелетия
ЦУР	Цели Устойчивого Развития
ЮНИСЕФ	Детский Фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ОНСП	Проект ЮСАИД «Качественное здравоохранение»
SWAp	Широкосекторальный подход



Кыргызстан является внутриматериковой страной в Центральной Азии, с низким и средним уровнем доходов, регион состоящий из Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана. Страна стала независимой в 1991 году, после распада Советского Союза. С тех пор были вложены инвестиции в развитие советской модели здравоохранения и реформирования, для усиления всей системы здравоохранения, при этом отмечался изменчивый прогресс в охране здоровья матери, новорожденных и детей (ОЗМНД).

Страна в основном горная, более чем 60% населения проживает в сельской местности. Она разделена на семь «областей» или регионов, и каждый из них подразделяется на свои административные территории, известные как районы. ВВП на душу населения в Кыргызстане ниже, чем в среднем по миру и в странах- Казахстане, Туркменистане и Узбекистане, но выше, чем в Таджикистане.

В Кыргызской Республике отмечается самый высокий показатель материнской смертности (ПМС) в Европейском регионе ВОЗ, достигнув 76 случаев на 100 000 живорождений в 2015 г., но ПМС снизился только на 5% за последние 25 лет (80 случаев на 100 000 живорождений в 1990 г.), тогда как в Центрально Азиатском регионе за тот же период произошло снижение на 52%. Смертность среди новорожденных начала более стабильно снижаться в постсоветские годы, упав с 24,0 случаев смерти на 1,000 живорождений в 1991 г. до 10,7 случаев смерти в 2017 г., представляя собой снижение на 54% по сравнению с 51% в мире и 59% в регионе Центральной Азии. Однако, сравнение между 2014 и 2018 годами, используя данные МИКО, показывает общее снижение неравенства в неонатальной смертности. Что касается области проживания, то разрыв между неонатальной смертностью в городской и сельской местности оставался неизменным с 2014 по 2018 годы. В 2014 году, на самую бедную группу квинтиля богатства приходился самый высокий уровень неонатальной смертности, но в 2018 году он у них был самый низкий, а средний квинтиль богатства занял свое место и превысил средний показатель по стране.

Хотя Кыргызская Республика добилась большого прогресса в снижении неонатальной смертности, факты указывают на то, что требуется больше усилий для улучшения ситуации с охраной здоровья матерей и новорожденных и ускорения прогресса в достижении Цели Устойчивого Развития (ЦУР) 3 к 2030 году в Кыргызской Республике. На сегодняшний день, в стране не проводилась сравнительная оценка охраны здоровья матерей и новорожденных.

Фундаментальной целью данного исследования было проведение комплексной и систематической оценки динамики и аспектов охраны здоровья и выживаемости новорожденных в Кыргызской Республике, для разработки рекомендаций по расширению мероприятий по улучшению показателей здоровья. Интересующий временной период включал 1990-2018 годы для изучения прогресса в эпоху ЦРТ в 1990-2015 годах и период с 2015 по 2018 годы в рамках ЦУР.

Конкретными целями данного исследования являются:

1. Изучение уровней и динамики смертности новорожденных и материнской смертности в Кыргызской Республике на национальном и субнациональном уровнях.
2. Изучение ретроспективных детерминантов смертности новорожденных с помощью разложения долгосрочных изменений в соответствующий вклад от ключевых факторов.
3. Изучение основных медицинских вмешательств для охраны здоровья новорожденных и их качество путём проведения анализа тенденций на национальном и субнациональном уровнях.
4. Проспективное и ретроспективное определение основных услуг здравоохранения, которые можно

расширить для успешности вмешательств по охране здоровья новорожденных и их выживания в Кыргызской Республике с использованием Инструмента для оценки числа спасённых жизней (Lives Saved Tool).

5. Формирование систематической картины основных стратегий и программ, касающихся новорожденных в Кыргызской Республике посредством проведения систематического обзора литературы и картирования литературы стейкхолдеров.
6. Разработка рекомендаций для ускорения улучшения охраны здоровья и выживания новорожденных в Кыргызской Республике.

Ключевые выводы

Результаты подтверждают значительный прогресс, достигнутый за последние годы в снижении общей неонатальной смертности. Этот прогресс был достигнут благодаря значительным инвестициям в первичную помощь и решению многих социальных детерминантов здоровья.

Показатель неонатальной смертности (ПНС) в Кыргызской Республике с 1990 года неуклонно снижается, тесно следуя глобальным тенденциям. В период с 2013 по 2017 годы, показатели смертности среди новорожденных и детей в возрасте до 5 лет снизились с 13 и 25 на 1,000 живорождений, соответственно, до 11 и 20 на 1,000 живорождений, соответственно. Уровень неонатальной смертности в Кыргызской Республике снизился с 32 до 13 на 1,000 живорождений, в период с 1997 по 2018 годы. За тот же период, частота мертворождений в Кыргызской Республике оставалась на прежнем уровне - около 9 на 1,000 рождений, причем подавляющее большинство мертворождений приходится на дородовой период.

В Кыргызской Республике отмечается удивительно низкий уровень неравенства в охвате ключевыми профилактическими вмешательствами и мер по продвижению здорового образа жизни, но были обнаружены значительные различия в результатах в разных слоях медицинских учреждений в регионах и областях. Наибольшее снижение уровня неонатальной смертности наблюдалось в Баткене и Джалал-Абаде, с годовым процентным изменением от 2,3 до 2,6%. В городах Ош и Бишкек неизменно был самый высокий уровень неонатальной смертности в стране, возможно, из-за учреждений третичной помощи, присутствующих в этих областях. ПНС был самым высоким в этих медучреждениях третичного и областного уровня здравоохранения, скорее всего, из-за перенаправления беременностей с высоким риском, хотя такие переводы из других учреждений или регионов не были четко задокументированы в «Регистре новорожденных» страны. При изучении тенденций на областном уровне, показатели по городам Ош, Талас и Бишкек неизменно оставались выше среднего по стране. Наибольшее снижение уровня неонатальной смертности с 2013 по 2017 годы наблюдалось в Баткене и Джалал-Абаде, с годовым процентным изменением от 2,3% до 2,6%. Необходима дальнейшая работа, чтобы понять, что предприняли эти области, и как это можно продублировать в других частях страны.

Почти 75% случаев смерти новорожденных приходилось на первые два дня жизни, независимо от гестационного возраста или массы тела при рождении. Многие из этих смертей новорожденных приходятся на ранний этап периода максимальной уязвимости во время родов и в периоде, близком к рождению ребенка. Касательно новорожденных, самая большая доля смертей (около 40%) происходит в течение 24 часов жизни, независимо от исхода родов. Только недоношенные и недоношенные дети, маленькие для гестационного возраста (МГВ), составляли более 11% родов в учреждениях третичного уровня, по сравнению с 8,6% в учреждениях вторичного звена и только 2,6% в учреждениях первичного уровня. Эти две группы постоянно составляли большинство случаев смерти новорожденных в учреждениях первичного (56,2%), вторичного (82,2%) и третичного (84,5%) уровня. Показатели неонатальной смертности в учреждениях третичного звена были более чем в два раза выше, чем в среднем по стране, и были стабильно выше, чем в других учреждениях, независимо от гестационного возраста и веса. Показатели неонатальной смертности среди младенцев с низким весом при рождении немного улучшились в период между 2013 и 2017 годами, хотя младенцы с низким весом при рождении по-прежнему составляли 70-80% всех случаев смерти новорожденных. Аналогичным образом, показатели неонатальной смертности среди недоношенных детей несколько снизились.



Респираторный дистресс-синдром был основной причиной смерти среди младенцев с низким весом при рождении и недоношенных детей, в то время как среди детей с нормальным весом при рождении и доношенных детей самой распространенной причиной смерти была асфиксия, которая является предотвратимым заболеванием. В «Регистре новорожденных» было относительно немного смертей, связанных с неонатальными инфекциями/сепсисом; мы полагаем, что по всей стране наблюдается значительное занижение данных о неонатальных инфекциях и категоризации сепсиса как причины неонатальной смертности в стране, что, вероятно, связано с отсутствием сложного лабораторного оборудования и стандартизированных протоколов для выявления и ведения неонатального сепсиса.

Мы действительно считаем, что могло иметь место систематическая недорегистрация данных о внутриутробных мертворождениях. Периоды смертности по мертворождениям не сильно изменились за эти годы, с более 80% мертворождений происходящими в дородовом периоде. В 2017 году, гипоксия была основной причиной смерти как в дородовом периоде (91,4%), так и в интранатальном (87,0%), что представляет собой значительное увеличение по сравнению с 2013 годом в обоих случаях.

Тесная взаимосвязь здоровья матерей и новорожденных широко известна во всем мире и формирует основу для разработки комплексных стратегий по уходу за матерями и новорожденными. Во многих случаях, особенно в контексте оптимизации материнского здоровья и питания в дородовой период, это распространяется на период до зачатия, а также включает в себя основные элементы ухода за подростками. В то время как мы пытались связать здоровье и заболеваемость матерей в доступных обследованиях домохозяйств и регистрации рождений в Кыргызской Республике, информация о влиянии материнских заболеваний на рождения и ситуацию со здоровьем новорожденных была ограниченной и не стандартизированной, но мы смогли установить некоторые связи. Основными причинами материнской патологии среди матерей, у которых умерли новорожденные, были преждевременные схватки и преждевременные роды, тяжелая преэклампсия и анемия. Вероятно, существует ограниченное число зарегистрированных случаев в плане характера материнских заболеваний, таких как мочеполовые инфекции или нарушения обмена веществ у матери. Кроме того, осложнения при кесаревом сечении были распространённым состоянием среди матерей, родивших младенцев с низкой массой тела и недоношенных детей, в то время как случаи самопроизвольных родов при теменном предлежании плода были частыми среди детей с нормальным весом при рождении и доношенных детей.

Охват вмешательствами, нацеленными на охрану здоровья матерей и новорожденных, в целом увеличился за последние две декады, где самым большим увеличением была пропорция женщин, которые кормят грудью своих новорожденных детей в течение первого часа после рождения. Несмотря на это, пропорция женщин, использующих средства контрацепции, значительно снизилась, и самое большое снижение наблюдается в Баткене. Оценки охвата МИКО 2018 года показывают, что 100% женщин в Кыргызской Республике посещают врача минимум однажды в дородовом периоде, а почти 95% посещают врача четыре или более раз. Аналогичным образом, были получены высокие оценки охвата квалифицированного родовспоможения при родах и пропорции родов в медицинских учреждениях.

Доля женщин, проходящих послеродовые медицинские осмотры после выписки из медицинских учреждений, снизилась с 64% в 2014 году до 49% в 2018 году. Однако гораздо большую долю женщин, которые прошли послеродовые проверки в 2018 году, врачи посещали на дому (90%) по сравнению с 2014 годом (51%). Тем не менее, только четверть новорожденных охвачены услугами послеродового посещения на дому в течение 2 дней после выписки из больницы, в то время как эффективность такого вмешательства для выживаемости новорожденного очень высока.

Мы выполнили упражнение по моделированию для улучшения репертуара вмешательств, направленных на выживание новорожденных с использованием вмешательств LiST (инструмент оценки числа спасенных жизней) и Плана Действий «Каждый Новорожденный» (ПДКН). Проспективный анализ LiST (инструмент оценки числа спасенных жизней) показал, что с расширением масштабов вмешательств в рамках Плана действий «Каждый новорожденный» (ПДКН), к 2030 году можно предотвратить почти 40% случаев смерти новорожденных, 11% мертворождаемости и почти 19% случаев материнской смертности.

Кыргызская Республика осуществила ряд важных стратегий и программ, связанных со здоровьем матерей и новорожденных, включая Манас (1996-2006 гг.) и Манас Таалими (2006-2010 гг.), в которых особое внимание уделяется широкой реформе первичной медико-санитарной помощи с элементами, ориентированными на охрану здоровья матери и ребенка. Национальная стратегия в области репродуктивного здоровья (2006–2015 гг.) обеспечивает репродуктивные права для всех женщин в стране, а «Ден соолук» (2012–2016 гг.) представляет собой программу реформы здравоохранения, направленную на снижение материнской смертности и улучшение социальных показателей. Данная оценка показала, что большинство политик и программ связаны с семью основными пакетами вмешательств для новорожденных на широком уровне, и не указывают на вмешательства, связанные с каждым пакетом.

Мы считаем, что существуют огромные возможности для улучшений и изменений, и мы даем несколько рекомендаций для достижения этой конкретной цели. Чтобы добиться дальнейшего прогресса, Кыргызская Республика должна:

1. Обеспечить качество услуг в области охраны материнского здоровья на всех уровнях. Показатели неонатальной смертности являются самыми высокими среди недоношенных детей и детей, маленьких к гестационному возрасту (МГВ), что не указывает на возможность дальнейшего улучшения в стране качества услуг по охране здоровья матерей или ухода за ними в дозачаточный период. Требуется проведение исследований по недостаточности питания матерей и дефициту питательных микроэлементов на субнациональном уровне для выявления внутриутробных рисков, и, следовательно, для улучшения набора пакетов дородовой помощи.
2. Инвестировать в адекватный инфекционный контроль и дозорные лаборатории. Многие случаи неонатальной смертности связаны с недоношенностью плода, хотя смертность отмечается даже среди доношенных детей, указывая на слабый охват жизненно необходимым уходом за новорожденными, в частности, охват неонатальной реанимацией. Цифры по серьезным инфекциям среди новорожденных, вероятно, занижаются, что отражает относительно низкий потенциал для микробиологической и лабораторной диагностики в большинстве больниц, когда полагаются на клинический диагноз предполагаемых серьезных бактериальных инфекций у новорожденных. Информацию об инфекционном контроле, профилактике и надзоре за матерями и новорожденными, можно улучшить с помощью дозорных лабораторий.
3. Инвестировать в развитие человеческого потенциала и развитие навыков. Качество ухода за каждым новорожденным (включая жизненно важный уход за новорожденными и реанимацию, по требованию), должно быть обеспечено во всех центрах с помощью обучения сотрудников и наличия функционирующего оборудования. Обеспечение качества медицинской помощи для каждого новорожденного (включая основную медицинскую помощь новорожденным и реанимацию новорожденных) во всех учреждениях с использованием современных программ обучения новорожденных для медицинских работников, включая медсестер, акушерок, врачей акушеров-гинекологов и педиатров. Стандартизированные учебные программы, такие как «Помогая детям дышать», «Помогая детям выжить» и «Основной уход за новорожденными», были пилотированы в Кыргызской Республике и их можно расширить. Страна должна изучить возможности сотрудничества с ведущими академическими центрами как на региональном уровне, так на глобальном, чтобы разработать аккредитованные программы стажировок по неонатальной педиатрии, а также программы обучения по уходу за новорожденными.
4. Инвестировать в критические важные вмешательства по спасению жизни. В Кыргызской Республике уже существуют высокие показатели охвата по ключевым вмешательствам, и достигнуты самые большие успехи в борьбе с младенческой смертностью благодаря расширению охвата совокупностью услуг по уходу за маловесными и больными новорожденными. Мы считаем, что это будет включать создание региональных отделений, которые обеспечены антенатальными стероидами и используют их наряду с респираторным уходом (недорогой СРАР и системы искусственной вентиляции легких); также нужны инвестиции в надлежащую транспортную систему на областном уровне с сортировкой пострадавших и транспортировку женщин с высоким риском

во время родов/осложнённой беременностью в региональные центры по охране здоровья матери и детей.

- Инвестировать в данные, которые используются для анализа и планирования. Данные из базы данных «Регистра новорожденных» могут быть существенно улучшены, чтобы превратиться в первоклассную систему регистрации для матерей и новорожденных и потенциально младенцев/детей. База данных могла бы включать расширенный перечень показателей охвата женщин в дородовом и послеродовом периоде, охватывая данные о качестве здоровья матери, питания и качества медицинской помощи. Связанный набор данных будет полезен по многим причинам, включая выявление сфер для охвата, регионализацию ухода за матерями и новорожденными, а также выявление причин мертворождения.

Группа специалистов 1: Изученные документы и отчёты

Автор/Организация	Название	Год	Ссылка
А. Любшис, Консультант ЮНИСЕФ	Модель ступенчатой системы оказания перинатальной/неонатальной медицинской помощи в Кыргызской Республике	2008	[4]
С. Ньюпорт и другие/ ЮНФПА	Обзор прогресса в охране материнского здоровья региона Восточной Европы и Центральной Азии	2009	[5]
И. Лежнев и А. Куттумуратова/ВОЗ	Подходы к интегрированной системе мониторинга в Кыргызстане в целях улучшения здоровья матери и ребёнка	2009	[6]
В. Лутц/ЮНФПА	Современные проблемы народонаселения региона Восточной Европы и Центральной Азии	2010	[7]
Азиатский Банк Развития	Бизнес-план операций по стране – Кыргызская Республика, 2011-2012	2011	[8]
А. Ибраимова и другие/ ВОЗ	Обзор системы здравоохранения Кыргызстана. Системы здравоохранения в переходный период.	2011	[9]
Т.Раби и другие/ Всемирный Банк, ЮНИСЕФ	Ситуационный анализ улучшения экономических результатов посредством расширения программ по питанию в Кыргызской Республике	2011	[10]
Азиатский Банк Развития	Отклик руководства- Оценка программы помощи стране по Кыргызской Республике	2012	[11]
Дж. Секота и другие/ Европейская Экономическая Комиссия ООН	Европейская экономическая комиссия ООН (ЕЭК ООН), отчет по достижению Целей Развития Тысячелетия в Европе и Центральной Азии, 2012	2012	[12]
Т.Вордлоу и другие/ ЮНИСЕФ Т	Приверженность принципам обеспечения выживания детей: Подтверждение обязательств– отчет о достигнутых результатах, 2012	2012	[13]
Альберта Баччи и другие/ МЗ КР, ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ	Улучшение качества ухода за матерями и новорожденными детьми в Кыргызской Республике. Оценка качества услуг по охране здоровья матерей и новорожденных на уровне больниц и уровне первичного звена медицинской помощи	2012	[14]
ЮНИСЕФ	Оценка эффективности программы по социальному равноправию на юге Кыргызстана – Центр социально-экономических исследований	2012	[15]
ООГР	Исследование Опросов по отслеживанию государственных расходов (ООГР) по здравоохранению и образованию в Кыргызской Республике – отчет о предоставлении медуслуг	2012	[16]
Р.Хасанов/ПРООН	Кыргызская Республика: Третий отчет о прогрессе в отношении достижения Целей Развития Тысячелетия, 2013	2013	[17]

Всемирный Банк	Кыргызская Республика: отчет по развитию детей раннего возраста в рамках Системного подхода к улучшению результатов образования (SABER), 2013	2013	[18]
Международный Фонд Curatio	Прогресс в устранении узких мест в системе здравоохранения для достижения ЦРТ 4: Оценка вклада ЮНИСЕФ в 5 странах ЦВЕ/СНГ	2013	[19]
МЗ/МОиН	Рамочные основы ускорения достижения ЦРТ ООН в Кыргызстане	2013	[20]
Норвежский Хельсинкский комитет и ЮНФПА	Анализ проблемы ранних браков и раннего материнства в Кыргызстане	2013	[21]
Гульгун Мурзалиева и другие/Центр Анализа политики здравоохранения	Аналитическая заметка по материнской смертности в Кыргызской Республике	2013	[22]
ЮНИСЕФ	Региональный аналитический отчет, 2013 (Региональный офис по Центральной и Восточной Европе и Содружеству Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ))	2014	[23]
Т. Готсадзе и Ц. Занетти/ ЮНИСЕФ	Оценка программы ЮНИСЕФ по перинатальному уходу за 2010-2013 годы, отчет об оценке проекта	2014	[24]
Республиканский Центр Укрепления Здоровья (РЦУЗ)	Оценка знаний и осведомленности об опасных признаках беременности и детских заболеваниях в сообществах Ошской, Баткенской и Джалал-Абадской областей	2014	[25]
ЮНИСЕФ	Оценка программы ЮНИСЕФ по перинатальному уходу за 2010-2013 годы	2014	[26]
Всемирный Банк в Кыргызстане	Кыргызская Республика: основанное на результатах финансирование охраны здоровья матерей и новорожденных. Отчет о количественном базовом обследовании	2016	[27]
Дж.Азевадо и другие/ Всемирный Банк	Взгляд на социальные секторы Кыргызской Республики	2015	[28]
Тим Каммак и другие/ ЮНИСЕФ	Укрепление бюджетирования, ориентированного на социальное равенство, для охраны здоровья матери, новорожденных и детей (ОЗМНД) в Центральной Азии	2015	[29]
Т. Готсадзе и К. Шалыева/ ЮНИСЕФ	Оценка страновой программы ЮНИСЕФ (2012-2016) и стратегическое позиционирование	2016	[30]
П. Шнайдер и С. Воглер/ ВОЗ	Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызской Республике	2016	[31]
Г. Нажимидинова/ ЮНИСЕФ	Аналитический обзор документов, относящихся к системе домашних визитов в Кыргызской Республике	2016	[32]
Азиатский Банк Развития	Информационный бюллетень страны-участницы Азиатского Банка Развития – Кыргызская Республика	2017	[33]
ЮНИСЕФ	Страновой программный документ – Кыргызстан (2018-2022)	2017	[34]
ЮНИСЕФ	Региональный аналитический отчет, 2016 (Региональный офис по Центральной и Восточной Европе и Содружеству Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ))	2017	[35]
ЮНИСЕФ	Годовой отчет ЮНИСЕФ 2017 – Кыргызстан	2017	[36]
Д. Коллинс и другие/ВОЗ	Повышение качества внедрения пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) в Кыргызстане: оценка смешанными методами	2017	[37]
GIZ	Проект стратегического плана для плана по повышению потенциала Национального перинатального центра	2017	[38]



Тамар Готсадзе, доктор медицины и доктор философии и Гульгун Мурзалиева	Оценка воздействия по проекту Здоровоохранительная деятельность на коммунально-общинном уровне (Community action for health) в Кыргызстане	2017	[39]
Дитер Насслер и Клаус Хорнетз/GIZ	Поддержка планирования развития потенциала для Бишкекского Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид)	2017	[40]
ЮНИСЕФ, ВОЗ, IPA, МЗ КР	Межстрановая встреча для ускорения прогресса в охране здоровья матери и новорожденного в регионе Центральной Азии Кавказа в контексте ЦУР в Бишкеке, Кыргызстане – Отчет по встрече	2017	[41]
Чинара Айдыралиева, доктор медицины и доктор философии, магистр общественного здравоохранения/GIZ	Анализ данных и документов по перинатальному уходу в Кыргызстане.	2017	[42]
Г. Сиюпсинкас/GIZ	Пропаганда перинатального здоровья в Кыргызстане. Техническая поддержка Национального Центра охраны материнства и детства для соответствия будущим требованиям к качеству перинатального центра в соответствии с международными стандартами ВОЗ	2017	[43]
Чарльз Шо, Консультант ВОЗ	Качество услуг здравоохранения в Кыргызстане	2017	[44]
Азиатский Банк Развития	Страновая стратегия партнерства в Кыргызской Республике, 2018–2022 —Поддержка устойчивого роста, инклюзивного подхода и регионального сотрудничества	2018	[45]
ЮНИСЕФ	ГОРО (годовой отчет регионального офиса) 2017: Годовой отчет регионального офиса по странам Европы и Центральной Азии	2018	[46]
ВОЗ	Аналитический обзор организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызстане: о чем говорят факты?	2018	[47]
Ч. Шо и другие/ВОЗ	Обзор качества услуг здравоохранения в Кыргызстане	2018	[48]
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения в Кыргызстане	2018	[49]
МЗ	План Действий «Каждый новорожденный» (ПДКН), Упрощённый инструмент для отслеживания реализации в странах	2018	[50]
Тамар Готсадзе, доктор медицины и доктор философии/ЮНИСЕФ	Внедрение практики досуточной госпитализации детей в Кыргызстане	2018	[51]
Руководство при координации CAI Consulting/GIZ/EPOS Health Consulting	Пропаганда перинатального здоровья в Кыргызстане – исследование о системе перенаправлений в перинатальном помощи	2018	[52]

ГЛАВА 1: ПРЕДПОСЫЛКИ И ВВЕДЕНИЕ

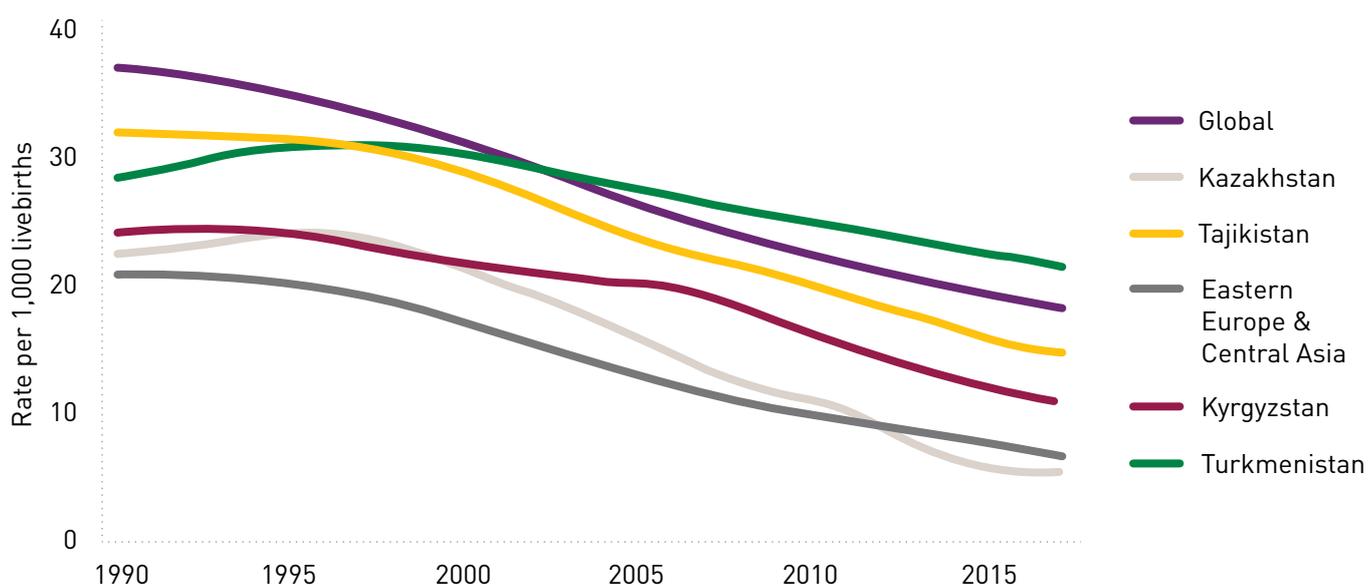
1. Глобальный прогресс в области охраны здоровья матерей и новорожденных

С 1990 года был достигнут значительный прогресс в снижении детской смертности в Кыргызской Республике, при котором уровень смертности детей младше 5 лет упал 93 до 39 случаев смерти на 1,000 живорождений в 2017 г. [53]. Показатель неонатальной смертности (ПНС) сократился с 37 случаев смерти на 1,000 живорождений в 1990 г. до 18 в 2017 г. Глобальным регионом с самым значительным уменьшением ПНС была Восточная Азия, где ПНС снизился на 84% с 1990 г. до 2017 г. [53]. По оценкам отчета ООН о динамике материнской смертности, 10,7 миллиона женщин погибли между 1990 и 2015 годами из-за причин, связанных с материнством. [54]. Несмотря на эту большую цифру, показатель материнской смертности (ПМС) устойчиво снижался с 385 случаев смерти в 1990 г. до 126 в 2015 г. Это отражает глобальное сокращение ПМС на 44%. ПМС пошёл на убыль во всех глобальных регионах за этот период времени; однако, отмечались значительные региональные различия. Регионом с самым ощутимым снижением была Восточная Азия, где ПМС снизился на 72%, хотя это в основном произошло благодаря Китаю [54].

2. Результаты в Центральной Азии и на Кавказе

Динамика в ПНС на Кавказе и в регионе Центральной Азии показана в Графике 1. В Центральной Азии показатель неонатальной смертности снизился на 59% между 1990 г. и 2017 г., тогда как на глобальном уровне ПНС за этот период упал на 51%. ПНС в Кыргызстане сократилась с 24 случаев смерти в 1990 г. до 11 в 2017 г., отражая спад в 54%. В данное время, Кыргызстан занимает второе место по уровню низкого ПНС в регионе, после Казахстана [53]. В регионах Кавказа и Центральной Азии отмечалось снижение ПМС на 52% между 1990-2015 годами (График 2). Кыргызстан отстаёт от остальных стран в регионе, так как его уровень ПМС сократился только на 5% за 25-летний период, по мере того, как остальные страны, кроме Грузии, достигли более ощутимое снижение ПМС. Эти страны включают: Армению (57%), Азербайджан (61%), Казахстан (85%), Таджикистан (70%), Туркменистан (49%), и Узбекистан (33%) [54].

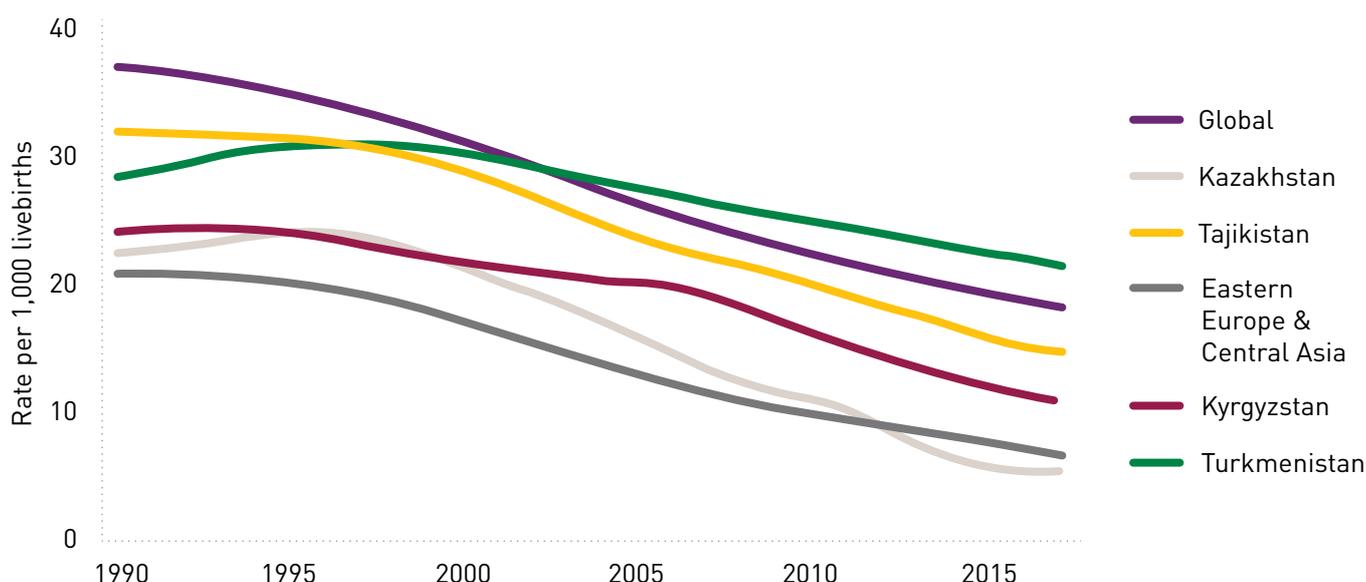
График 1: Динамика в ПНС в регионе Центральной Азии, 1990-2017 гг.



Источник: Межучрежденческая группа ООН по оценке детской смертности (UN-IGME)(2018) Показатели и динамика детской смертности [1]



График 2: Динамика в ПМС в регионе Центральной Азии, 1990-2015 гг.



Источник: Динамика материнской смертности: 1990 по 2015гг.[2]

Источник: Межучрежденческая группа ООН по оценке детской смертности (UN-IGME)(2018) Показатели и динамика детской смертности [1]

Центрально-азиатский регион может похвастаться невероятным разнообразием несмотря на этническое и культурное сходство, как показано в Таблице 1. Таджикистан и Узбекистан являются относительно плотно населёнными странами, тогда как в Кыргызстане и Туркменистане отмечается гораздо более низкая плотность населения. ВВП на душу населения в целом выше в этих странах со средним уровнем дохода, хотя Казахстан и Туркменистан являются самыми богатыми странами в регионе (> больше, чем средний мировой показатель в \$15,469), в то время как экономика Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана являются значительно менее богатыми (ВВП на душу населения составляет \$2,896-\$6,253). Почти половина большей части населения в этих странах всё еще проживают в сельских регионах. Уровни бедности являются тревожно высокими в Кыргызстане и Таджикистане (>25%) и фактические расходы на услуги здравоохранения составляют 40% или более по региону – заметно выше, чем средний мировой показатель в 18%.

Таблица 1: Основные контекстуальные, демографические показатели и показатели услуг здравоохранения для стран Центральной Азии

	Плотность населения (человек на км ²)	Сельское население (% от общего населения)	ВВП на душу населения, ППС	Доля бедного населения за национальной чертой бедности (% от населения)	Фактические расходы (% от общих расходов на медуслуги)	Охват терапией, медсёстрами и акушерками (на 10,000)	Грамотность взрослого женского населения (%)	КА %
Казахстан	6,7	46,8	24,055	2,7	38,9	118,7	99,7	99,4
Кыргызстан	32,3	64,0	3,393	25,4	48,2	81,9	99,0	98,4
Таджикистан	64,3	73,0	2,896	31,3	63,1	69,4	Неприменимо	98

Туркменистан	12,3	49,2	16,389	Непримени- мо	71,1	132,2	Неприме- нимо	100
Узбекистан	76,1	63,4	6,253	14,1	42,7	144,7	100	100
В мире	58,0	45,3	15,469	Непримени- мо	18,1	Неприме- нимо	82,7	78

Источник: База данных по развитию, Всемирный Банк 2018 г. и Глобальная обсерватория здравоохранения, ВОЗ

Центрально-азиатский регион добился значительных успехов в достижении целей в области устойчивого развития (ЦУР). Даже с учетом общего положительного прогнозируемого прироста показателей ЦУР в Кыргызстане, существуют определенные показатели, относящиеся к здоровью матери и ребенка, которые требуют немедленного внимания для достижения этих целей к 2030 году, включая уменьшение числа детей до 5 лет, страдающих от избыточного веса, увеличение возраста вступления в первый брак и обеспечение доступности основных услуг подачи питьевой воды.

Таблица 2: Показатели прогресса в достижении ЦУР для стран Центральной Азии

СТРАНОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ	КЫРГЫЗСТАН	КАЗАХСТАН	ТАДЖИКИСТАН	ТУРКМЕНИСТАН	УЗБЕКИСТАН
Распространенность задержки роста среди детей до 5 лет (%)	●	●	●	●	●
Распространенность истощения среди детей до 5 лет (%)	●	●	●	●	●
Распространенность избыточного веса среди детей до 5 лет (%)	●	●	●	●	●
Показатель материнской смертности (материнская смертность на 100 000 живорождений)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо
Доля родов с участием квалифицированного медицинского персонала (%)	●	●	●	●	●
Показатель неонатальной смертности (число смертей на 1000 живорождений)	●	●	●	●	●
Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет (число смертей на 1000 живорождений)	●	●	●	●	●
Коэффициент рождаемости среди подростков (число рождений на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо
Доля целевой группы населения, охватываемой всеми вакцинами, включенными в их национальную программу-МСV1 (%)	●	●	●	●	●

Доля целевой группы населения, охватываемой всеми вакцинами, включенными в их национальную программу-АКДСЗ (%)	●	●	●	●	●
Доля детей в возрасте 36-59 месяцев, которые надлежаще развиваются в плане здоровья, обучения и психосоциального благополучия (%)	●	●	●	●	●
Доля женщин в возрасте 20-24 лет, которые были в браке или состояли в союзе до достижения 18 лет (%)	●	●	●	●	●
Доля детей в возрасте до 5 лет, чьи рождения были зарегистрированы гражданским органом власти (%)	●	●	●	●	●
Доля населения, пользующегося основными услугами по обеспечению питьевой воды (%)	●	●	●	●	●
Доля населения, пользующегося основными санитарными услугами (%)	●	●	●	●	●
Дети, живущие в бедности во всех ее измерениях в соответствии с глобальным ИМБ (индекс многомерной бедности) (%)	●	●	●	●	●
Разъяснение	Нет данных	Недостаточно данных	Требуется ускорение	По плану	Цель достигнута

Источник: [55]

Неонатальная смертность в Кыргызстане относительно низкая по сравнению с другими странами в регионе Центральной Азии, несмотря на ее небольшой ВНД на душу населения (График 3). При наблюдении временной тенденции с 1990 года, в Кыргызстане показатель неонатальной смертности начал неуклонно снижаться в то же время, когда в стране начался рост ВВП (График 4).

График 3: Региональные результаты по здоровью новорожденных

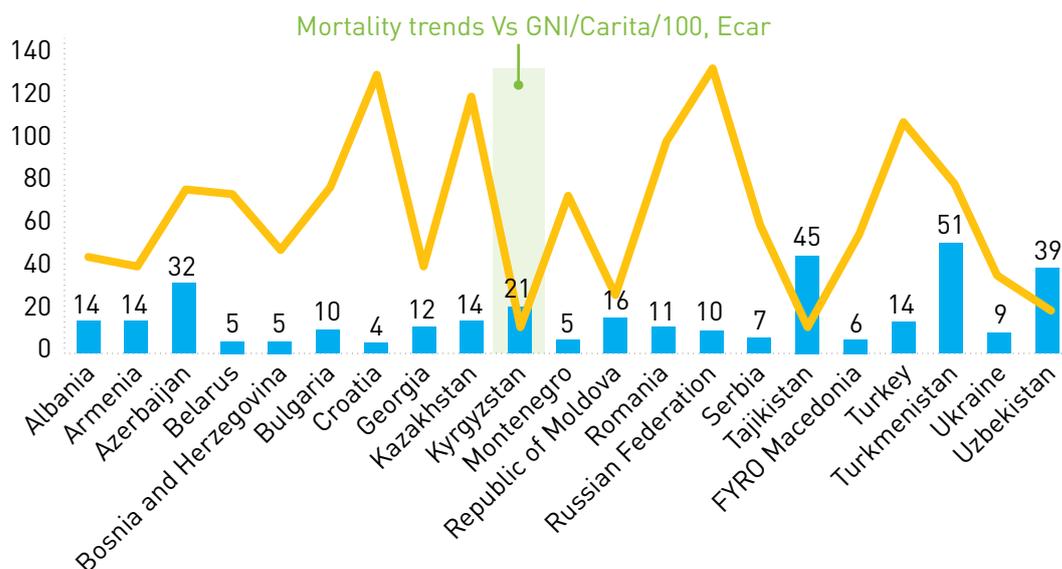
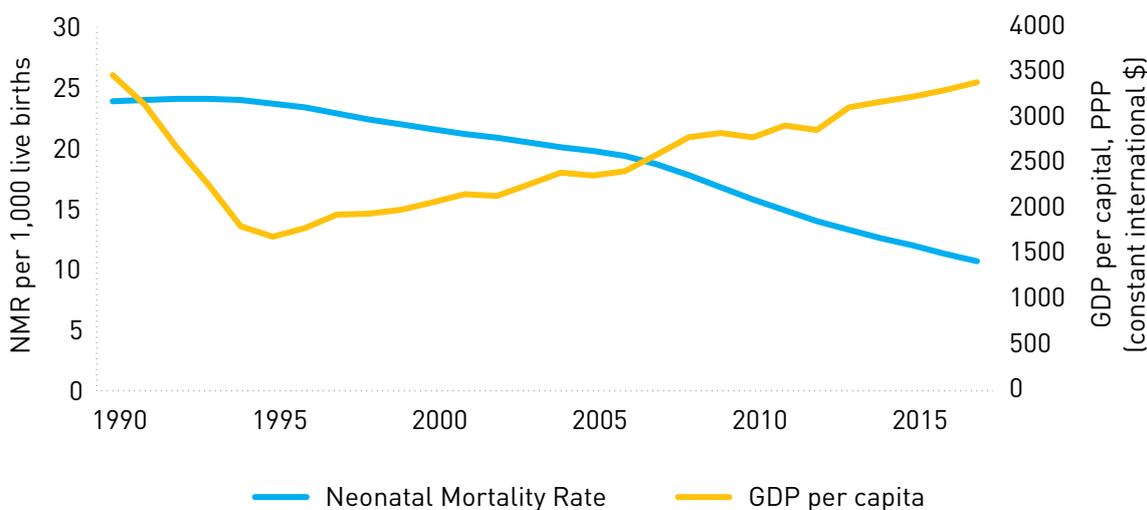


График 4: Тенденции ПНС (показатель неонатальной смертности) и экономического роста в Кыргызстане, 1990-2017 гг.



3. История вопроса в Кыргызстане

Кыргызстан является внутриматериковой страной в Центральной Азии, состоящей из Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана (График 5). Страна объявила о своей независимости в 1991 году, после распада Советского Союза. При общей численности населения в 6,2 миллиона человек, и при плотности населения в 32,3 человека на км², свыше 60% жителей Кыргызстана проживают в сельских регионах [56]. В основном горная страна подразделена на семь областей или регионов, и имеет два самых больших города — Ош и Бишкек, последний из которых является столицей страны. В каждой области есть свой собственный административный центр и дальше область подразделяется на районы. В Кыргызстане проживают представители более 100 национальностей, хотя подавляющее большинство из них являются кыргызами (73,3%), узбеками (14,7%) и русскими (5,6%).



График 5: Карта Кыргызстана и окружающих его стран



После периода резкого экономического спада после обретения независимости, и перехода к рыночной экономике, в Кыргызстане отмечался устойчивый экономический рост в течении последних нескольких деkad. Так как Кыргызстан считается аграрной страной, сельскохозяйственный сектор был особенно важным для роста ВВП и экономики [57]. Несмотря на этот недавний рост, в Кыргызстане ВВП на душу населения является самым низким в регионе (Таблица 1), кроме того, он существенно ниже, чем в других странах мира, составляя всего одну пятую от среднего мирового показателя—\$3,393 по сравнению с \$15,469, соответственно. Уровни бедности, равные 25%, также продолжают оставаться тревожно высокими для региона, и с 2017 года, 1,5% от населения жили на \$1,90 в день (2011 ППС), хотя это ниже показателя в 42,1% населения в 2000 году [58].

4. Ситуация в сфере здравоохранения и положение

В постсоветское время, Кыргызстан столкнулся с барьерами в системе здравоохранения из-за недостаточного финансирования реформ сектора здравоохранения, изменения экономических условий, и перестройки систем государственного управления [59]. Общие расходы на здравоохранение увеличились после 2000-х годов, с 4,7% от ВВП в 2000 г. до 6,5% в 2014 г., в то же время неформальные расходы на здравоохранение составляют почти половину от общих расходов на здравоохранение—заметно выше, чем средний мировой показатель в 18%. Внутренние государственные расходы на здравоохранение оставались относительно неизменными в течение 2000-х годов: с 2,1% ВВП в 2000 году до 3,7% ВВП в 2015 году [60]. Фрагментация механизмов финансирования здравоохранения и доступа к услугам привели к огромным географическим неравенствам внутри страны [61] и, в конечном счёте, стали причиной серьезных нежелательных последствий для здоровья матерей и детей [62]. Вопреки прогрессу в улучшении ситуации с охраной здоровья матерей и детей, всё еще остаются некоторые трудности.

Особое внимание необходимо уделить Кыргызстану, где самый высокий показатель материнской смертности (ПМС) в Европейском регионе ВОЗ, достигнувший 76 случаев смерти на 100,000 живорождений в 2015, и страна снизила ПМС только на 5% за последние 25 лет (80 случаев смерти на 100,000 живорождений в 1990). Неонатальная смертность снижалась более устойчиво в постсоветские годы, с 24,0 случаев смертности на 1,000 живорождений в 1991 году до 10,7 случаев смерти в 2017 году [1]. Аналогично, младенческая смертность сократилась с 54,1 случаев смерти на 1,000 живорождений в 1991 году до 17,9 на 1,000 живорождений в 2017 году, и смертность среди детей в возрасте до 5 лет

упала с 65,1 случаев смерти на 1,000 живорождений в 1991 году до 20,0 смертей на 1,000 живорождений в 2017 году [2, 63].

Министерство Здравоохранения Кыргызстана (МЗ) действует в качестве центрального органа для разработки и реализации государственной политики в области здравоохранения. А именно, МЗ работает над улучшением общего состояния здоровья населения, над качеством и доступностью медицинских услуг, занимается развитием государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, и бюджетной и страховой медицины. Закон об общественном здравоохранении (Закон № 248), разработанный 24 июля 2009 г., является главной политикой регулирования для системы здравоохранения в Кыргызстане.

За годы своей независимости, были сделаны инвестиции на переход от советской модели здравоохранения и реформирования и усиления всей системы здравоохранения. Конкретные политики и программы обсуждаются позже в данном отчете. В стране отмечался переменный прогресс в показателях по охране здоровья матери, новорожденных и детей (ОЗМНД). Фертильность колебалась в постсоветский период, снизившись с 3,6 детей на одну женщину в 1991 г. до 2,4 детей на одну женщину в 2000 г., и увеличившись на 3,1 родов на одну женщину в 2016 [64]. Коэффициент подростковой фертильности (роды на 1,000 женщин в возрасте 15-19 лет) показал такую же неустойчивость за последние три декады, упав с 68,8 в 1992 г. до низкого уровня в 29,8 в 2007 г., перед тем, как увеличиться до 38,8 в 2016 г. [65]. По сравнению с этими колебаниями, возраст при вступлении в первый брак оставался относительно неизменным в течении последних нескольких десятков лет, при среднем возрасте в 20,4 года в 1997г. до 20,6 лет в 2012г. [66, 67]. Хотя уровень ранних браков снизился почти на половину между 1997 и 2014гг., самые последние оценки показывают, что более, чем 1 из 10 женщин в возрасте 20-24 лет продолжают вступать в брак к 18 годам [68].

Несмотря на достигнутый прогресс, индикаторы детской и материнской смертности остаются относительно высокими [54,69]. Несоответствие между охватом мерами по спасению жизни и недостаточными результатами, требует комплексной оценки для выявления основополагающих факторов данного несоответствия. В Кыргызстане также отмечается разница в показателях смертности в зависимости от от больших различий в географическом расположении и в доходах. Например, по данным кластерного обследования по многим показателям (MICS) 2018 г., смертность детей до пяти лет в 1,2 раз выше в сельских районах по сравнению с городской местностью, младенческая смертность в 1,3 раз выше, и неонатальная смертность выше в 1,5 раза. Более того, в беднейшем квинтиле благосостояния отмечается смертность среди детей до 5 лет, младенческая смертность и неонатальная смертность в 1.5-2 раза выше, чем в самых богатых квинтилях [70].

На Глобальном уровне, неравенства в охвате вмешательствами по здравоохранению отмечаются в параметрах благосостояния, проживания в городской и сельской местности, возраста матерей, пола, и образования, подвергая самые уязвимые группы населения самому большому дефициту вмешательств. На системном уровне, безопасность, профилактика, интеграция и преемственность вызывают особую озабоченность. Комиссия журнала «Ланцет» по глобальному управлению в области здоровья 2018 года, рекомендует четыре универсальных действия для улучшения качества системы здравоохранения в СНСД (Страны с низким и средним уровнем доходов): 1) лидеры системы здравоохранения должны руководить качеством через принятие совместного видения качественных медицинских услуг, через четкую стратегию качества, сильное регулирование и непрерывное обучение; 2) страны должны пересмотреть модели оказания услуг для максимизации результатов в отношении здоровья, а не только географический доступ к услуге; 3) страны должны трансформировать работников системы здравоохранения через принятие клинического образования, основанного на компетенциях, введение тренингов по этике и уважительному отношению и лучшей поддержке и уважению всех сотрудников для предоставления наилучшей возможной помощи; и 4) правительства и гражданское общество должны активизировать спрос на качество у населения для расширения прав людей на то, чтобы держать системы подотчетными и активно обращаться за качественной помощью [71].

5. Обоснование для исследования

Факты указывают на то, что требуется предпринять больше усилий для улучшения показателей здоровья матерей и новорожденных и ускорения прогресса по достижению Целей Устойчивого Развития (ЦУР) к 2030 году. На сегодняшний день, в стране не проводилась сравнительная оценка охраны здоровья матерей и новорожденных и она необходима для определения приоритетов и разработки рекомендаций для улучшения качества ухода и услуг для новорождённых. Более того, существующая литература по данной теме является скудной и устаревшей [59,61, 62,72].

6. Цели исследования

Фундаментальной целью данного исследования было проведение комплексной и систематической оценки динамики и аспектов охраны здоровья и выживаемости новорожденных в Кыргызстане, для разработки рекомендаций по расширению мероприятий по улучшению показателей здоровья в эпоху ЦУР с охватом всех слоев населения без исключения. Интересующий временной период включал 1990-2018 годы для изучения прогресса в эпоху ЦРТ в 1990-2015 годах и период с 2015 по 2018 годы в рамках ЦУР.

Конкретными целями данного исследования являются:

1. Изучение в количественном измерении уровней и динамики здоровья и смертности новорождённых в Кыргызстане на национальном и субнациональном уровнях (т.е. геопространственные аспекты, аспекты благосостояния, проживания в городской/сельской местности, образование матерей)
2. Изучение в количественном аспекте ретроспективных детерминантов смертности новорожденных с помощью разложения долгосрочных изменений смертности в зависимости ототносительного вклада ключевых факторов
3. Изучение в количественном отношении основных медицинских вмешательств для охраны здоровья новорождённых и их качество через проведение анализа тенденций на национальном и субнациональном уровнях (т.е. геопространственные аспекты, аспекты благосостояния, проживания в городской/сельской местности, образование матерей)
4. Проспективно и ретроспективно определить основные вмешательства по услугам здравоохранения, которые можно расширить для успешности охраны здоровья новорожденных и их выживания в Кыргызстане с использованием Инструмента для оценки числа спасённых жизней (Lives Saved Tool)
5. Формирование систематической картины основных стратегий и программ, касающихся новорожденных в Кыргызстане посредством проведения систематического обзора литературы и картирования данных основных партнеров и заинтересованных сторон
6. Разработка рекомендаций для ускорения улучшения охраны здоровья и выживания новорожденных в Кыргызстане

ГЛАВА 2: МЕТОДЫ

Мы провели исследование со смешанными методами для того, чтобы выполнить цели исследования. Конкретные методы описываются далее.

1. Систематический обзор

Итеративный системный подход был использован для изучения всей опубликованной и неопубликованной (серой) литературы для исследования и/или получения данных, касающихся медицинских вмешательств в области охраны здоровья матери и ребёнка, питания и ситуации со смертностью и показателями в Кыргызстане. Данный обзор был проведён в январе 2019 года. Опубликованные работы были изучены через поисковые системы, включая Medline, Embase, Scopus, Web of Science и PubMed. Подробный список пунктов для поиска и систематическая стратегия были разработаны и применены. Хранилища серой литературы, включая ту, которая хранится во Всемирном Банке, ЮНИСЕФ, ПРООН, ВОЗ, ЮНФПА, WHOLIS (база данных ВОЗ), и отдельные государственные вебсайты и вебсайты по вопросам здравоохранения были тщательно изучены с использованием подобных критериев поиска. Ссылки и библиография выявленных отчётов были впоследствии изучены на предмет поиска дополнительной литературы. Дополнительная литература также была предоставлена экспертами USAID, GIZ, KFW, Швейцарского сотрудничества, DFIF и SIDA. Данные рефератов сначала просматриваются с помощью полученных названий и выдержек из публикаций и отчетов из различных репозиторий, и из окончательного списка ключевых отчетов, представляющих интерес.

Сбор данных и тематизация данных происходила до тех пор, пока не была исчерпана вся соответствующая литература или не достигнута насыщенность тем.

2. Политика и анализ программы

Исходные политики/законы/законодательства/стратегии и программные документы, относящиеся к ситуации с охраной здоровья новорождённых и смертности, и прогрессу достижения ЦРТ/ЦУР, были получены из систематического обзора и от ключевых партнеров внутри страны. Эти данные были триангулированы и синтезированы для подготовки последовательного и всестороннего обзора эффективных инициатив государственных, донорских и других заинтересованных сторон в Кыргызстане, которые функционировали в качестве стимулов или барьеров для успеха вмешательств по охране здоровья новорожденных и их выживанию в стране.

Обзор политик и программ по снижению уровня низкорослости был проведен этой исследовательской командой в 2018 г. Данный анализ был рассмотрен на предмет релевантности к сокращению младенческой смертности и соответствующие политики, и программы были включены в график анализа политик.

Поиск серой литературы был проведен с целью нахождения любых других имеющихся политик или программ, относящихся к неонатальной смертности. Поиск вебсайтов или баз данных включал: ЮНИСЕФ, Всемирный Банк, WHOLIS, ВОЗ, ЮНФПА, ПРООН, Азиатский Банк Развития, USAID, GIZ, KFW, Швейцарское сотрудничество, DFIF, SIDA и Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики. Поиск был осуществлен в период между 11 марта и 13 марта, 2019 г. Ключевые слова включали «Кыргызстан», «новорожденные» и «смертность», или комбинацию этих трех слов. Определенные базы данных позволили выбирать конкретную страну и касательно этих баз данных, поиск был ограничен до Кыргызстана. Если поиск не давал результата, то выбирался регион Центральной Азии. Название и отрывки из документов изучались и соответствующие документы загружались в полном объеме.



Полнотекстовые документы изучались на предмет соответствующих политик и программ, а также на остающиеся трудности в отношении неонатальной смертности в Кыргызстане.

Все найденные политики и программы, касающиеся неонатальной смертности, были включены в график анализа политик. Политики были категоризированы в один или более из семи основных пакетов услуг для охраны здоровья новорожденных для выявления пробелов.

3. Количественные методы

i. Источник данных и ключевые индикаторы

Общественные онлайн хранилища данных, такие, как Межучрежденческая Группа ООН по оценке уровней детской смертности (МГОУДС) [73] и Институт измерения показателей и оценки здоровья (ИПОЗ) [3], а также публикации были изучены для поиска индикаторов, относящихся к здоровью матери и новорожденного и к детерминантам в Кыргызстане. В дополнение к этому, исходные данные из Мульти-индикаторного кластерного обследования (МИКО), и Обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ) были получены и проанализированы для проверки оценок и генерирования дополнительных переменных для сравнения по региону. Пакеты данных по Кыргызстану включали МИКО 1995, МИКО 2005-2006, МИКО 2014, МИКО 2018 [74], ОДЗ 1997 и ОДЗ 2012 [75].

Кроме того, данные «Регистра новорожденных» с 2010 по 2017 годы были предоставлены Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ). Первоначально пилотируемый в 2006 году, «Регистр новорожденных» собирает информацию, касающуюся массы тела новорожденного, осложнений со стороны здоровья матери и новорожденного, а также причины смерти новорожденного для всех живорождений, превышающих 500,0 грамм, и всех мертворождений. Использование Регистра новорожденных было постепенно развернуто по всему Кыргызстану и охватило все области внутри страны к 2013 году. Для этого отчета были предоставлены данные за 2010-2017 годы. Все данные являются анонимными, чтобы обеспечить конфиденциальность всех женщин и детей. Информация о смертности была также предоставлена по новорожденным, которые умерли за пределами медицинских учреждений, через 'Регистр младенческой смертности'.

Несколько индикаторов были извлечены из этих других источников данных, что включает данные по смертности, охвату жизненно важным медицинским вмешательствам, неравенствам (к примеру, по полу, благосостоянию, сравнению данных по городским и сельским регионам, национальности, образованию матерей), и финансированию здравоохранения, а также по причинам смерти новорожденных и причинам мертворождений.

Полная разбивка источников данных и индикаторов указана в Таблице 3.

Таблица 3: Разбивка индикаторов исследования и источников данных

Аспект	Индикатор	Источник
Смертность новорожденных	Показатель неонатальной смертности, ПНС	Межучрежденческая Группа ООН по оценке уровней детской смертности (МГОУДС) [73] Институт измерения показателей и оценки здоровья (ИПОЗ) [3] ОДЗ [75]/МИКО [74] База данных «Регистр новорожденных»
	Число новорожденных, умерших в первые 28 дней жизни на 1,000 живорождений	
Мертворождаемость	Коэффициент мертворождаемости, КМ	ИПОЗ [3] База данных «Регистр новорожденных»
	Число мертворождений на 1,000 рождений	

Причины смерти новорожденных	Главные причины смерти новорожденных в первые 28 дней жизни (МКБ-10)	Референс-группа по эпидемиологии Института здоровья ребенка (РГЭЗР) [76] База данных «Регистр новорожденных» МГОУДС [73]
Живорождения	Показано полное извлечение из матери продукта зачатия, после такого разделения, дыхания или других признаков жизни (биение сердца, пульсация пуповины или движение произвольных мышц)	ВОЗ [77]
Причины мертворождаемости	Основные причины мертворождаемости (МКБ-10)	База данных «Регистр новорожденных»
Материнские заболевания	Основные материнские заболевания среди женщин, чьи младенцы умерли в первые 28 дней жизни (МКБ-10)	База данных «Регистр новорожденных»
Мероприятия по охране здоровья матери и новорожденного	Охват непрерывных вмешательств, направленных на матерей и новорожденных	ОДЗ [75]/МИКО [74]

ii. Качество данных и очистка данных

Данные, полученные от Межучрежденческой Группы ООН по оценке уровней детской смертности (МГОУДС) и Института измерения показателей и оценки здоровья (ИПОЗ), а также из отрывков из публикаций, в целом были хорошего качества, и требовали немного очистки в рамках категоризации причин смертности. В связи с особенностями, согласно которым «Регистр новорожденных» в Кыргызстане постепенно распространялся по всей стране, данные с 2010 по 2012 годы оказались не репрезентативными для всей страны. Однако, сравнивая число рождений в «Регистре новорожденных» с ежегодным предполагаемым количеством рождений от Отдела народонаселения ООН, мы выяснили, что данные с 2013 по 2017 годы были репрезентативными на национальном уровне (Таблица 4). Кроме того, разбивка по рождениям и смертности в «Регистре новорожденных» по годам и областям предполагала, что зарегистрированные числа были последовательными за этот период времени (Графики 6а и 6б). Следовательно, только данные с 2013 по 2017 годы использовались для информирования о показателях смертности и причинах смертности.

Таблица 4: Количество рождений согласно официальным оценкам и зарегистрированным рождением, 2013-2017 годы

Год	Число рождений согласно официальным оценкам	Число рождений, зарегистрированных в базе «Регистр новорожденных»	% зарегистрированных рождений
2013	153,637	128,859	83.87
2014	154,483	156,001	100.98
2015	153,977	157,721	102.43
2016	145,600*	150,997	103.71
2017	145,600*	154,742	106.28

*Среднее значение взято из <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

График 6а: Количество зарегистрированных рождений по областям

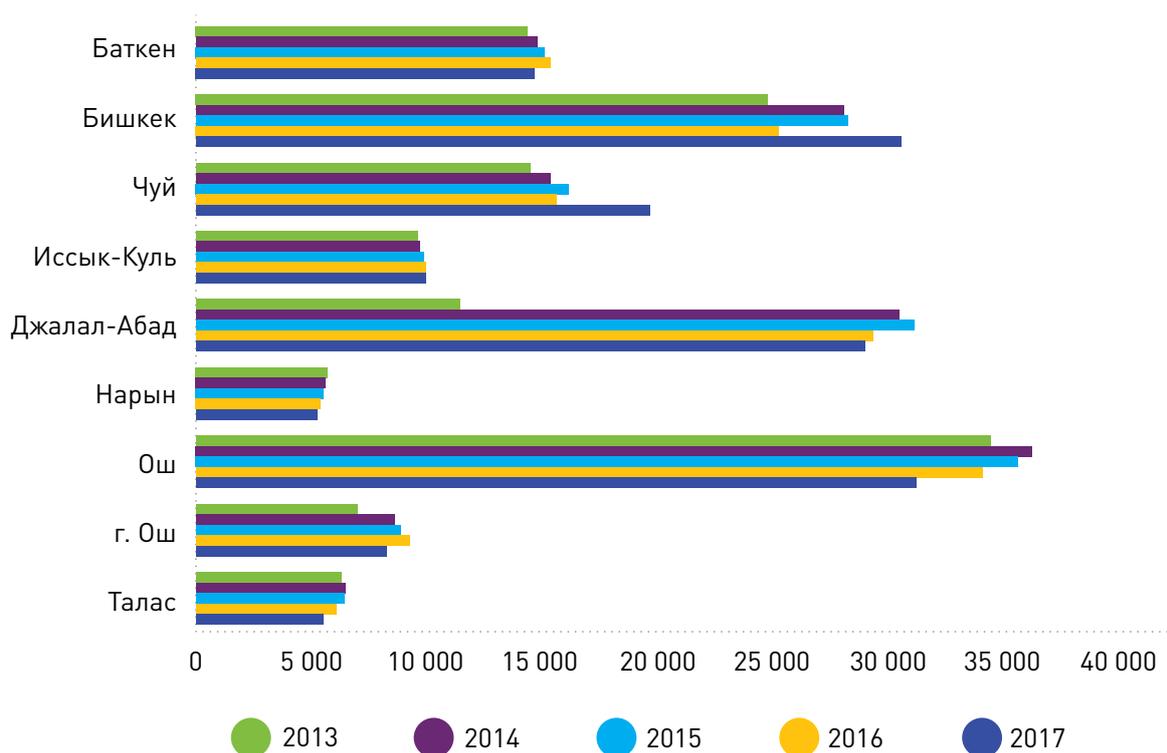
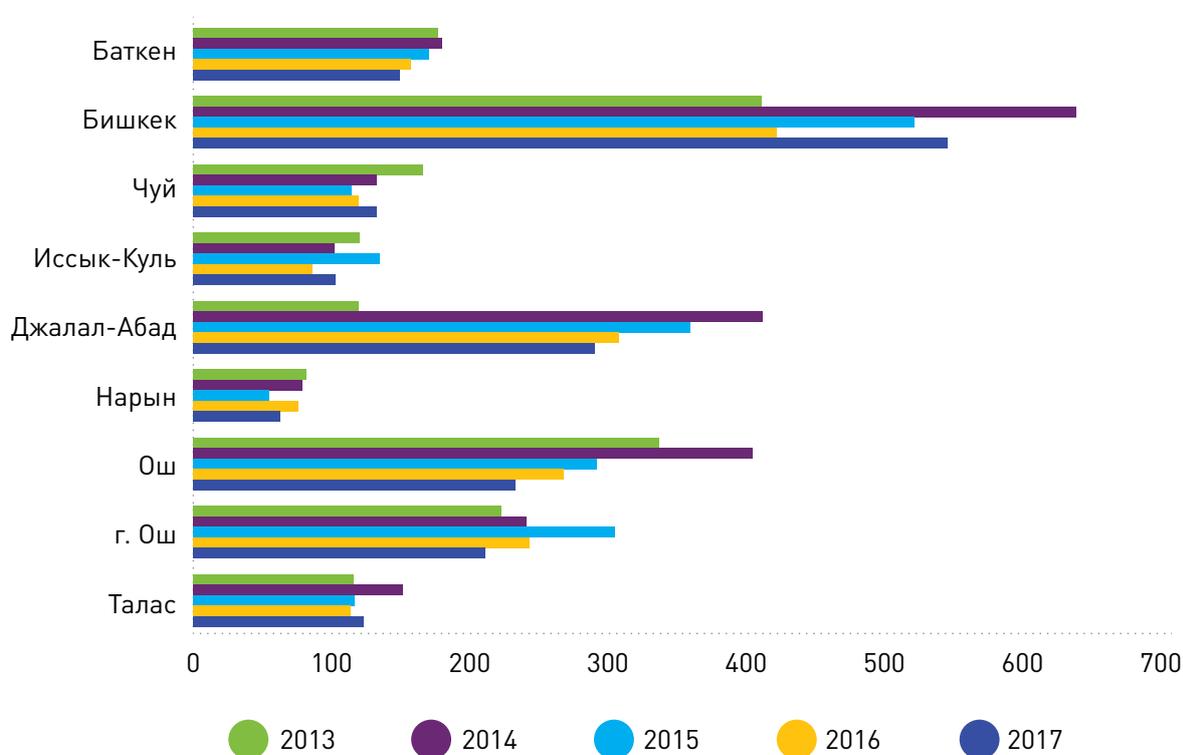


График 6б: Количество зарегистрированных смертей по областям



iii. Описательный анализ

Динамика смертности

Использовался коэффициент смертности по возрастным группам и оценка общего числа рождений из базы данных «Регистр новорожденных» для калькуляции показателей неонатальной смертности на 1,000 живорождений и показателей мертворождаемости на 1,000 живорождений в Кыргызстане за период 2013 по 2017 годы. Они были сравнены с глобальными и специфическими для Кыргызстана оценками от Межучрежденческой Группы ООН по оценке уровней детской смертности [78], а также с оценками из МИКО [74] и ОДЗ [75], за 1990-2018 годы для анализа динамики за последние 30 лет. Оценки показателей из базы данных «Регистра новорожденных» также были дезагрегированы по областям, времени смерти/мертворождения, и веса при рождении (для новорожденных) с целью выяснения каких-либо потенциальных неравенств.

Причины смертности

Основные причины смертности новорожденных и мертворождаемости были оценены за самые ранние и самые последние годы, по которым были доступны национально-репрезентативные данные из базы данных «Регистр новорожденных» в Кыргызстане (2013 и 2017гг). Оценки причин смертности из реестра рождений сравнивались с глобальными и специфическими для Кыргызстана оценками от Межучрежденческой Группы ООН по оценке уровней детской смертности [78]. Более того, оценки «Регистра новорожденных» представлены на уровне индивидуальных причин и также объединены в категории, как это делает Референс-группа по эпидемиологии Института здоровья ребенка (РГЭЗР) [76].

Материнские заболевания

Для более четкого понимания потенциальных причин неонатальной смертности, основные причины материнских заболеваний среди женщин, чьи дети умерли в неонатальном периоде, были оценены в разрезе всех случаев неонатальной смертности из «Регистра новорожденных». Материнские заболевания были далее дезагрегированы по весу новорожденных (низкий вес при рождении [$<2500\text{g}$] по сравнению с нормальным весом при рождении [$\geq 2,500\text{g}$]), гестационному возрасту (недоношенность [<37 недель] по сравнению с доношенностью [≥ 37 недель]), и по главным причинам смертности новорождённых.

Вмешательства по охране здоровья матери и новорожденного

Существующие уровни охвата вмешательствами, нацеленными на охрану здоровья новорожденных и матерей, были оценены с использованием данных, собранных из МИКО 2018 [74]. Равенство в отношении доступа к этим вмешательствам были оценены через разбивку на географическую местность (область), сельскую местность в сравнении городской, язык, на котором говорит глава домохозяйства, и самый высокий уровень образования у матерей. Чтобы понять, как изменился охват с течением времени, эти оценки были сравнены с оценками из МИКО 2014 г. и ОДЗ 1997г. (где это было доступно).

iv. Многопеременный анализ

Метод динамического разложения Оаксака-Блиндера [79,80] был использован для определения социально-демографических факторов, связанных с наблюдаемым снижением показателей неонатальной смертности в Кыргызстане за последние 20 лет.

Данные рождаемости когорты были проанализированы из ОДЗ 1997 г. и МИКО 2018 г., с фокусом на рождения и смертность новорожденных за пять лет после проведения каждого опроса. Общее количество доступных данных для анализа составило 1,127 и 3,627 по ОДЗ 1997 г. и МИКО 2018г., соответственно.

Концептуальная основа относительно выживаемости новорождённых была создана для разделения переменных на один из трех уровней, соответствующих дистальным, промежуточным и проксимальным детерминантам смертности новорождённых [81–84]. Дистальные факторы включали образование матерей, области, и квинтили по индексу благосостояния. Промежуточный уровень охватил улучшенные

источники питьевой воды, улучшенный доступ к санитарным условиям, размер домохозяйств, посещали ли женщины минимум 4 раза врача в дородовый период во время последней беременности, присутствовала ли квалифицированная акушерка на последних родах женщины, текущее использование контрацептивов, и ранее начало грудного вскармливания. И последнее, проксимальные индикаторы включали последовательность рождения, пол ребенка, возраст матери при родах, интервал между родами, и количество родов/размер потомства.

Целью данного анализа было определение эффекта изменений в этих факторах между 1997 и 2018 годами относительно неонатальной смертности. Учитывая структурированный характер национальных исследований, была использована многоуровневая логистическая регрессия со смешанными эффектами в сочетании со стратегией построения иерархической модели. Нашей зависимой переменной был показатель неонатальной смертности, тогда как вышеперечисленные социально-демографические факторы представляют собой независимые переменные.

Изначально, нескорректированные взаимосвязи между каждой из независимых переменных и неонатальной смертностью были просчитаны, и любая переменная с $p < 0.20$ была сохранена. На каждом уровне, начиная с дистальных факторов, все оставшиеся переменные были включены в многопеременную модель, и все переменные со скорректированным $p < 0.15$ были сохранены еще раз. Мультиколлинеарность была оценена с использованием фактора инфляции дисперсии (ФИД)

с ФИД > 3 , считаясь показателем высокой корреляции между переменными. В конечном итоге, коэффициенты из этой финальной модели были умножены на изменения пропорций для каждого социально-демографического фактора между 1997 и 2018 годами. Эти значения были суммированы и возведены в степень для получения оценок относительного риска на каждом уровне индивидуально и в целом. Эта методология позволяет нам извлечь то, сколько изменений в показателях неонатальной смертности (ПНС) между 1997 и 2018 годами можно объяснить изменениями в этих переменных за истечением времени [85].

Все описательные и многопеременные анализы были проведены с применением STATA 14.0, и были скорректированы для структуры исследования и весовых коэффициентов выборки.

v. Инструмент для оценки числа спасённых жизней (LiST) и воздействие вмешательств (совокупность услуг)

Мы оценили воздействие систематически возрастающего охвата разными основанными на доказательствах вмешательствами по снижению бремени материнской, внутриутробной, неонатальной и детской смертности, используя Инструмент для оценки числа спасённых жизней (LiST). Инструмент оценивает воздействие вмешательств на основании оценок по эффективности, полученных из серии статей по выживаемости детей в журнале «Ланцет» (ссылка), неонатальной выживаемости (ссылка, 2014 г.), питанию (2013 г.) и серии статей по мертворождаемости (2012 г.) [86–89].

Разные пакеты основанных на доказательствах вмешательств были привязаны к модели Инструмента для оценки числа спасённых жизней (LiST) по Кыргызстану, с оценкой специфических причин материнской, внутриутробной, и неонатальной детской смертности для страны на национальном уровне. Два сценария были смоделированы для определения воздействия этих вмешательств на Кыргызстан. Первый сценарий предполагал расширение охвата с самого недавнего охвата до 90% с 2019-2025 гг. Второй сценарий далее расширил охват до 99% в период с 2026 по 2030 годы. Базовый охват вмешательства был взят из МИКО 2018. Оценки охвата по умолчанию инструмента для оценки числа спасённых жизней (LiST) были использованы там, где охват вмешательствами не был доступен из МИКО. Все базовые данные, использованные в этом анализе, можно найти далее в таблице по мнению экспертов (Группа специалистов 2).

Группа специалистов 2: Предположения об охвате вмешательствами

Вмешательство (%)	Охват на базовом уровне	Цель охвата к 2025	Цель охвата к 2030	Источник
ПРЕДЗАЧАТОЧНЫЙ ПЕРИОД И КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ				
Восполнение нехватки фолиевой кислоты/фортификация	0,0	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Общее восполнение нехватки добавками, содержащими железо/фортификация	0,0	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Восполнение нехватки кальция	0,0	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Добавки с микроэлементами (железом и множественными питательными веществами)	2,3	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Сбалансированные энергетические добавки	0,0	90,0	99,0	МИКО 2018
ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ				
Вакцинация против столбняка	0,0	90,0	99,0	MICS 2018
Выявление и лечение сифилиса	8,2	90,0	99,0	По умолчанию LiST
УЛУЧШЕННОЕ ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ				
Ведение гипертонической болезни	70,6	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Ведение диабета	35,3	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Ведение малярии	78,2	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Ведение преэклампсии с MgSO ₄ (сульфат магния)	70,8	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Выявление и управление ограничением развития плода	0,0	90,0	99,0	По умолчанию LiST
ПОМОЩЬ ПРИ РОДОВЫХ СХВАТКАХ И ПРИ РОДАХ				
Квалифицированные акушерки	99,7	Неприменимо	Неприменимо	МИКО 2018
Роды в медучреждении	99,6	Неприменимо	Неприменимо	МИКО 2018
УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ С НОРМАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ				
Раннее начало грудного вскармливания	83,6	90,0	99,0	МИКО 2018
Грудное вскармливание (< 1 месяц)				

Исключительно грудное вскармливание	57,4	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Преобладающее грудное вскармливание	26,2	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Частичное грудное вскармливание	12,0	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Отсутствие грудного вскармливания	4,4	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Чистые послеродовые практики	79,8	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Хлоргексидин	0	90,0	99,0	По умолчанию LiST

УХОД ЗА МАЛОВЕСНЫМ И БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЁННЫМ

Ведение недоношенных детей (метод Кенгуру, тепловой режим)	0	90,0	99,0	По умолчанию LiST
Ведение неонатального сепсиса/пневмонии (оральные/инъекционные антибиотики, полный поддерживающий уход)	0	90,0	99,0	По умолчанию LiST
ОРС – оральная регидратационная соль	35,2	90,0	99,0	МИКО 2018

ГЛАВА 3: РЕЗУЛЬТАТЫ

Графики 7а-7ж представляют процентное соотношение рождений и смертей в разрезе медучреждений и областей. В Баткене, самый высокий процент рождений отмечается в Территориальной Больнице .г.Кызыл-Кия и самый низкий процент в ЦОВП «Сулюкта». Самый большой процент смертности приходится на Баткенскую Областную Объединенную Больницу и самый малый процент на ЦОВП «Уч-Коргон» и ЦОВП «Сулюкта». В Бишкеке, самый значительный процент рождений был зарегистрирован в Городском Перинатальном Центре и самый низкий процент в Кыргызском Научном Центре Репродукции. Наибольший процент смертей также отмечается в Городском Перинатальном Центре и самый низкий процент в городской гинекологической больнице. В Чуйской области, самый высокий процент рождаемости отмечается в Ысык-Атинской Территориальной Больнице и самый низкий процент рождений и смертей в ЦОВП пгт. Орловка и ЦОВП «Суусамыш». Самый высокий процент смертности выявлен в Территориальной Больнице Московского района. На Иссык-Куле, самый большой процент рождений и смертей отмечается в Иссык-Кульской Областной Объединенной Больнице и самый низкий процент рождаемости в Тонской Территориальной Больнице, и самый низкий уровень смертности – в Тюпской Территориальной Больнице. В Джалал-Абаде, самый высокий процент рождений и смертности приходится на Джалал-Абадскую Областную Клиническую Больницу и самый низкий процент рождений и смертей на ЦОВП «Уч-Терек» и «Сумсар». В Нарыне, самое значительное количество рождений и смертей отмечается в Нарынской Областной Объединенной Больнице и самое малое количество в ЦОВП в Мин-Куше. В Оше, самый высокий процент рождаемости и смертности зарегистрирован в Ошской Областной Больнице и самый низкий процент рождений в ЦОВП «Папан».

И наконец, в Таласе, самое высокое число рождений и смертей отмечается в Таласской Областной Больнице и самый низкий уровень в Таласской Территориальной Больнице имени К. Токтогулова, и самый низкий процент смертности в ЦОВП в Бакай-Атинском районе.

График 7а: Процент рождений и смертей в Баткенской области по учреждениям

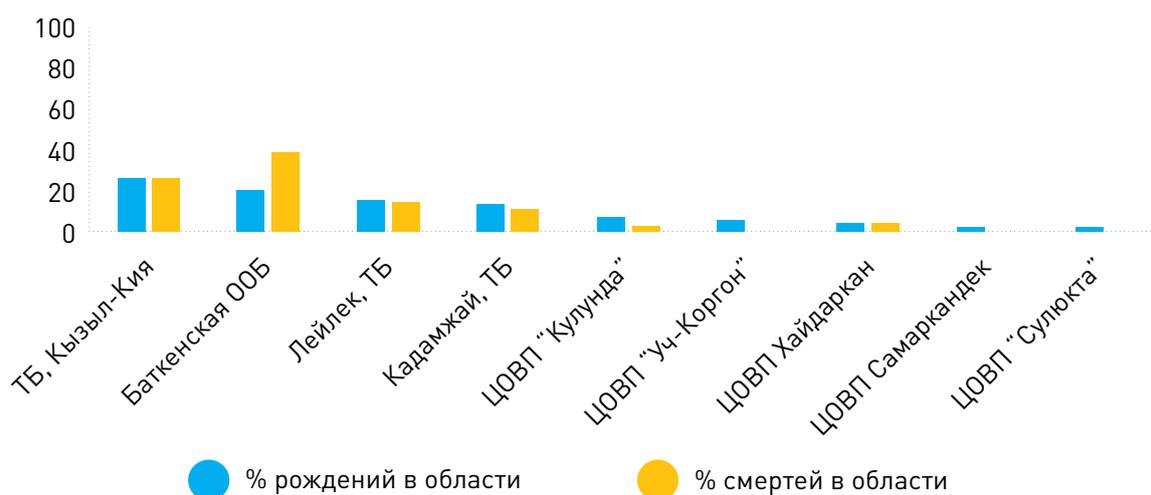


График 7б: Процент рождений и смертей в Бишкеке в разрезе учреждений

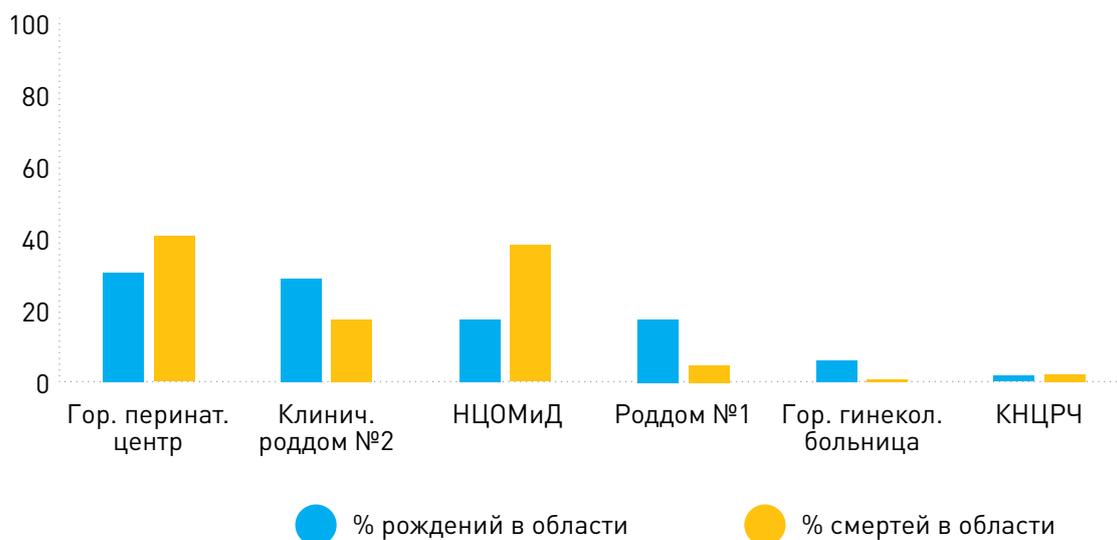


График 7в: Процент рождений и смертей в Чуйской области по учреждениям

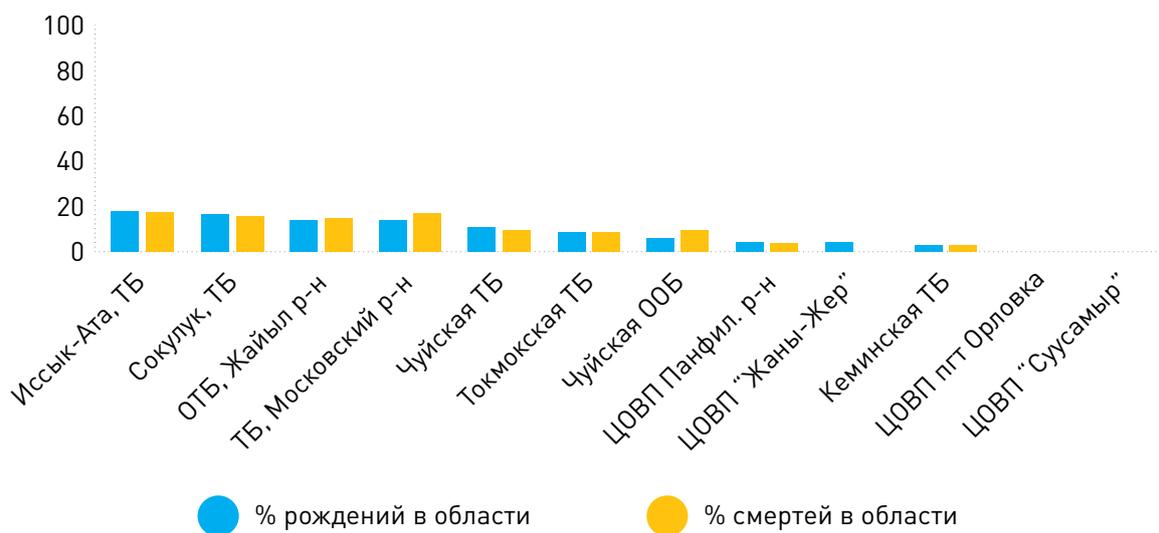


График 7г: Процент рождений и смертей по Иссыкульской области в разрезе учреждений

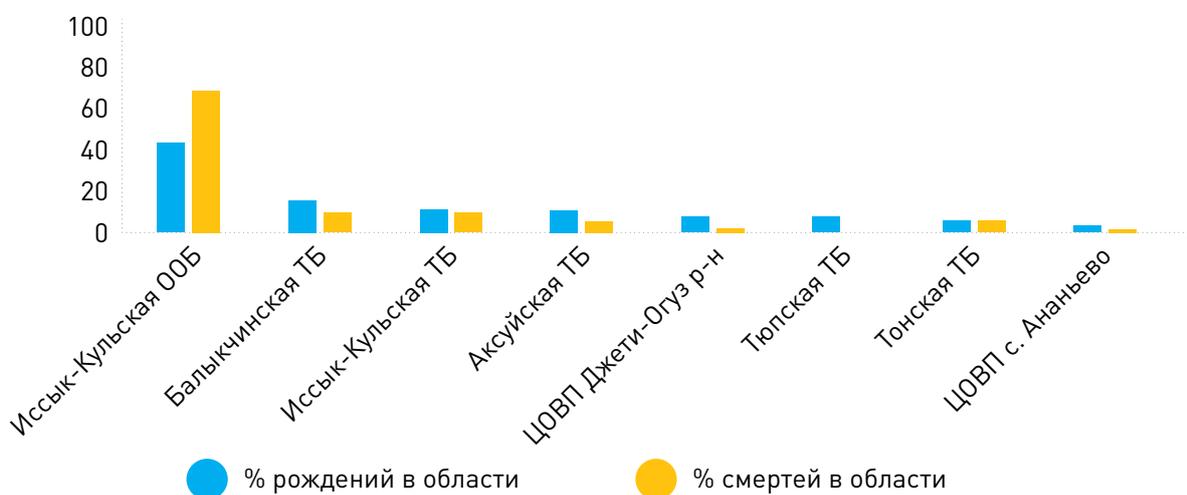


График 7д: Процент рождений и смертей по Джалалабадской области по учреждениям

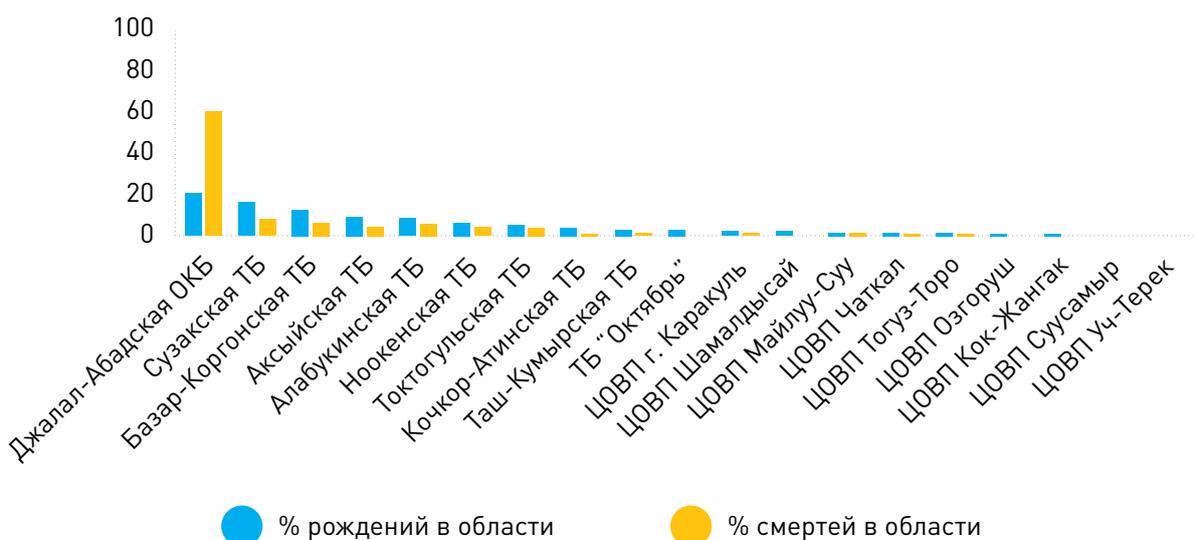


График 7е: Процент рождений и смертей по Нарынской области по учреждениям

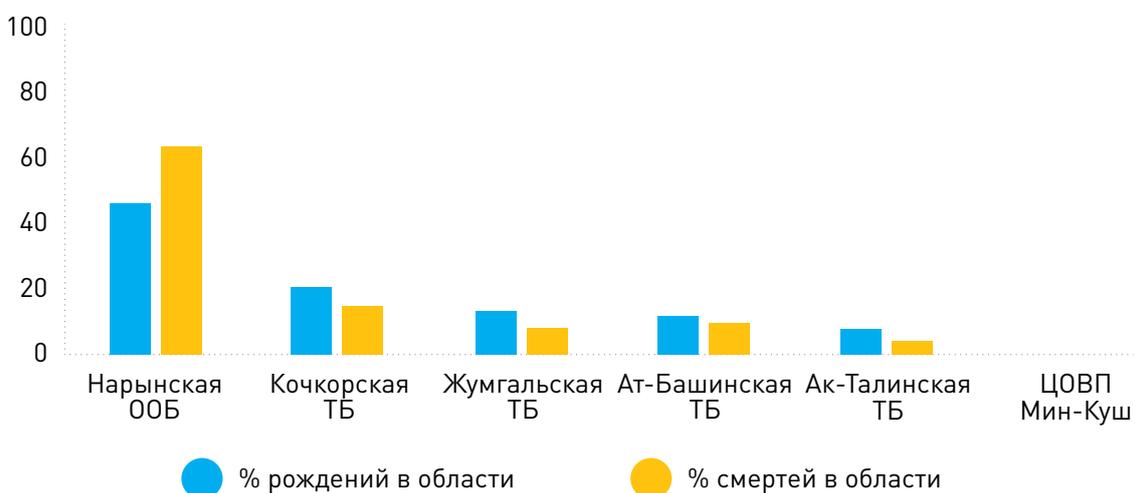


График 7ё: Процент рождений и смертей по Ошской области по учреждениям

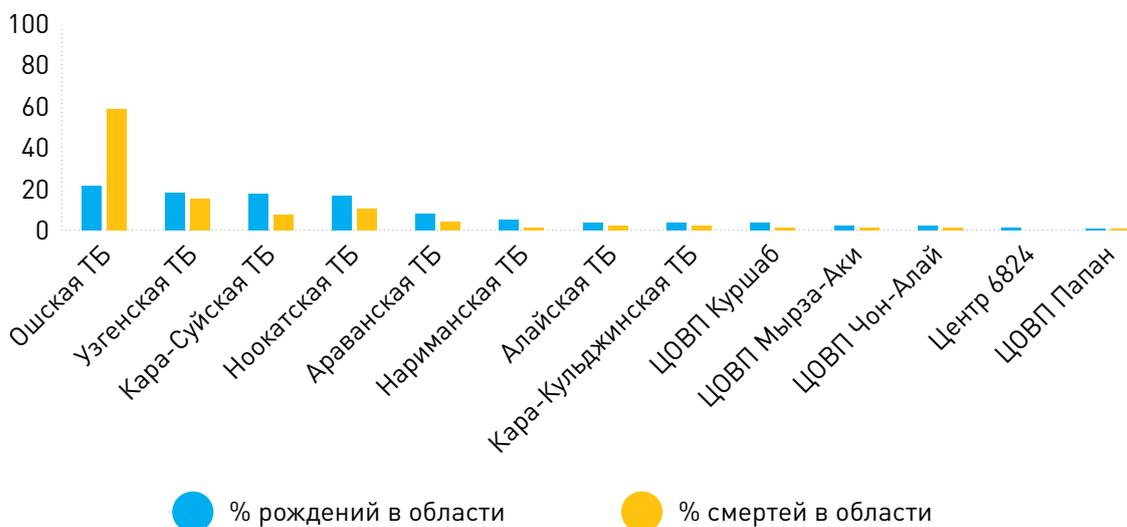
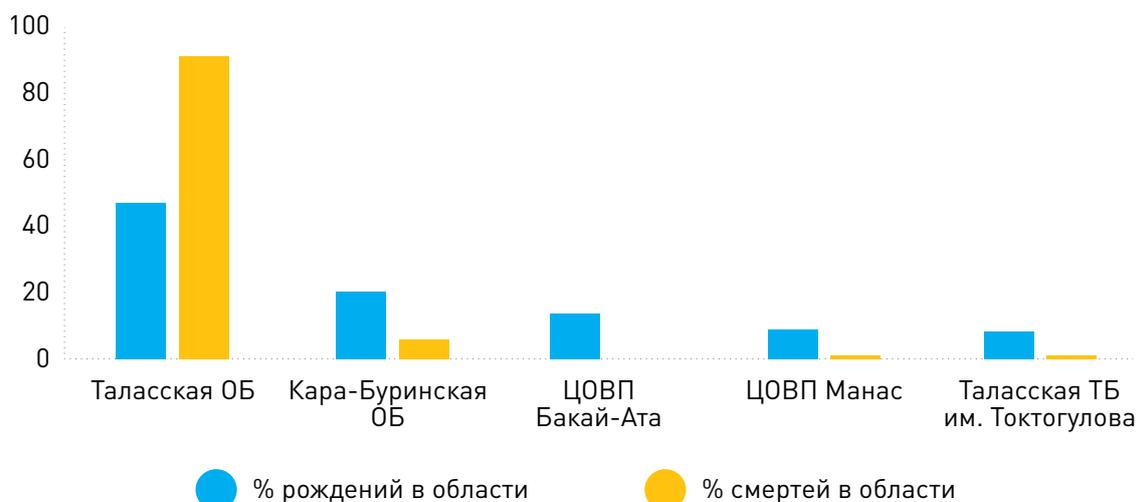


График 7ж: Процент рождений и смертей по Талаской области по учреждениям



1. Динамика смертности и статус

і. Национальная динамика

Кыргызстан придерживался глобальной динамики по снижению показателей мертворождаемости, а также неонатальной смертности, смертности детей до 5 лет и материнской смертности. На глобальном уровне, коэффициент мертворождаемости снизился с 28 в 1990 г. до 13 на 1000 живорождений в 2016 г. (График 8). Показатель мертворождаемости в Кыргызстане (согласно глобальным оценкам), сначала отмечался на более низком уровне в 14 случаев мертворождения на 1000 живорождений в 2000 г. и снизился только на 4 пункта в следующие 6 лет. Данные «Регистра Новорожденных» также показали, что показатель мертворождений оставался неизменным на отметке 9 случаев на 1000 живорождений с 2013 по 2017 гг. Глобальные показатели неонатальной смертности, смертности детей до 5 лет и материнской смертности устойчиво снижались с 1990 г. по настоящее время (График 9а и 9б). В Кыргызстане показатель смертности детей в возрасте до 5 лет достиг самого быстрого прогресса, за которым следует неонатальная смертность, тогда как показатели материнской смертности колебались год от года и достигали уровня между 72-92 случаями смерти на 100,000 живорождений.

График 8: Динамика мертворождаемости в Кыргызстане по источникам данных, 1990-2018 гг.

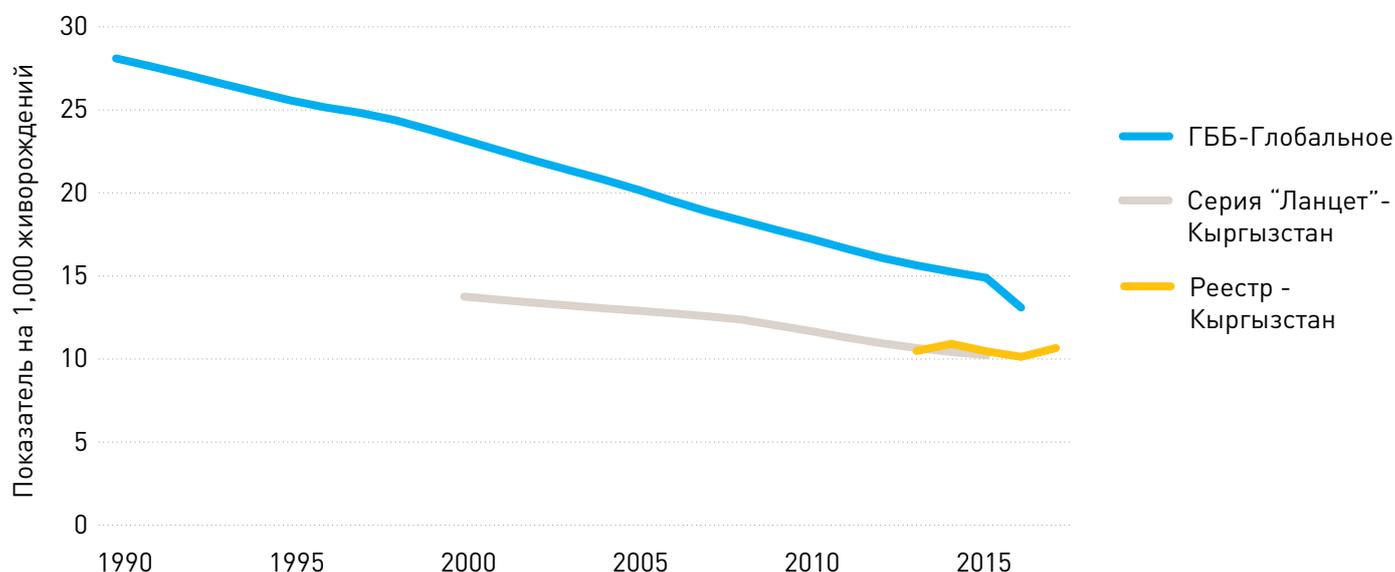


График 9а: Показатели смертности детей до 5 лет (сплошные линии) и показатели неонатальной смертности (пунктирные линии) на 1,000 живорождений в Кыргызстане

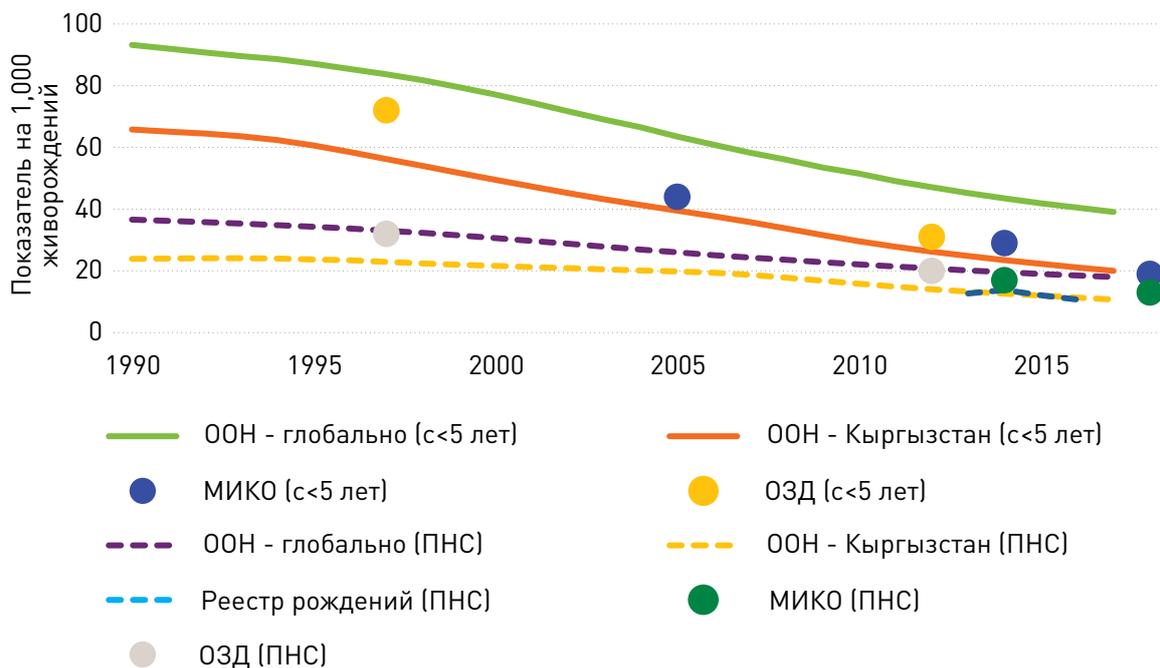
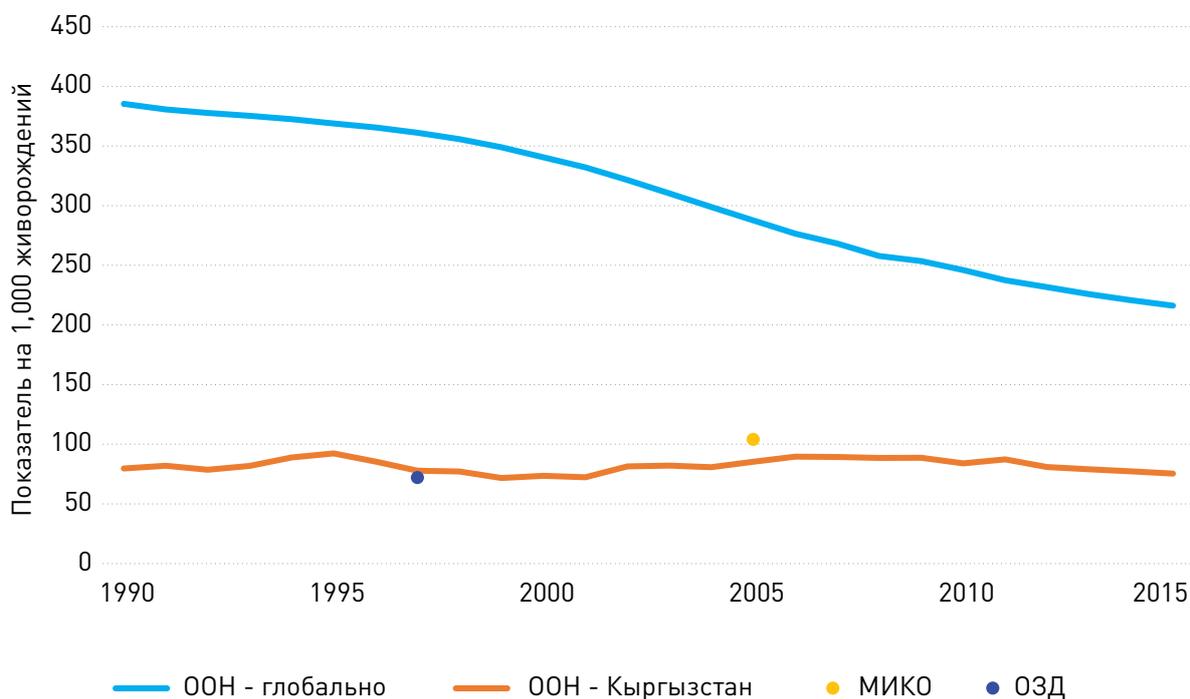


График 9б: Показатели материнской смертности, 1990-2018 гг.



ii. Динамика мертворождений и показатель смертности новорожденных

а. Геопространственные тенденции

Динамика на областном уровне была изучена для наблюдения за дифференциальными показателями мертворождений и неонатальной смертности по стране. Согласно данным «Регистра новорожденных», показатель мертворождаемости различается по областям, и уровни мертворождаемости резко увеличились в 2016 г. в городе Ош (Приложение, График 1а). Показатель неонатальной смертности (ПНС)



также различался от области к области, и в городах Ош и Бишкек показатель оставался выше среднего национального показателя и который значительно колебался между 2013 и 2017 годами (Приложение, График 16). В областях, различия на районном уровне в ПНС представлены за 2013 год (График 10а). В 2013 г., в Джалал-Абаде, а за ним и в Баткене отмечалось самое высокое колебание в неонатальной смертности между районами, тогда как самые незначительные различия наблюдались в Оше и Таласе. К 2017 г., в Джалал-Абаде также сохранялись самые значительные изменения, за ним следовал Баткен и Нарын. В Джалал-Абадской области, это был город Джалал-Абад, в котором сохранялся высокий ПНС, составляющий свыше 20 неонатальных смертей на 1000 живорождений, тогда как в остальных частях области отмечались улучшения. В Таласской, Ошской и Чуйской областях отмечались самые низкие колебания (График 10б). ПНС снизился в большинстве районах между 2013 и 2017 гг. В районах, где увеличился ПНС, наблюдалось только небольшое увеличение процента (График 10в).

График 10а: Показатель неонатальной смертности на районном уровне, 2013 г.

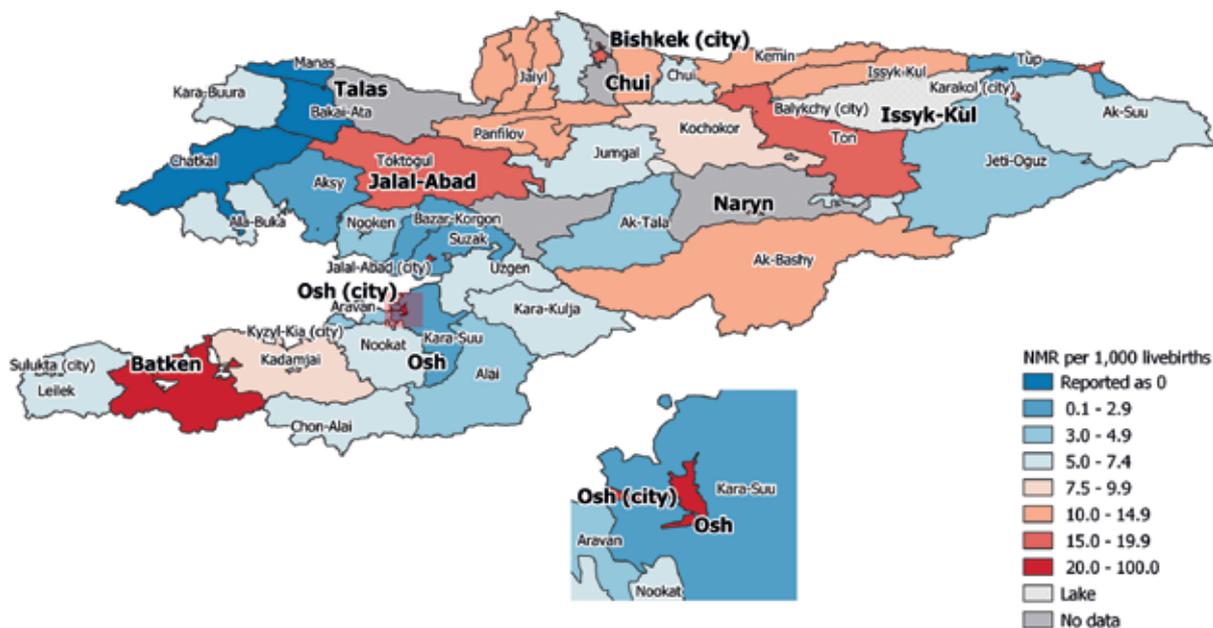


График 10б: Показатель неонатальной смертности на районном уровне, 2017 г.

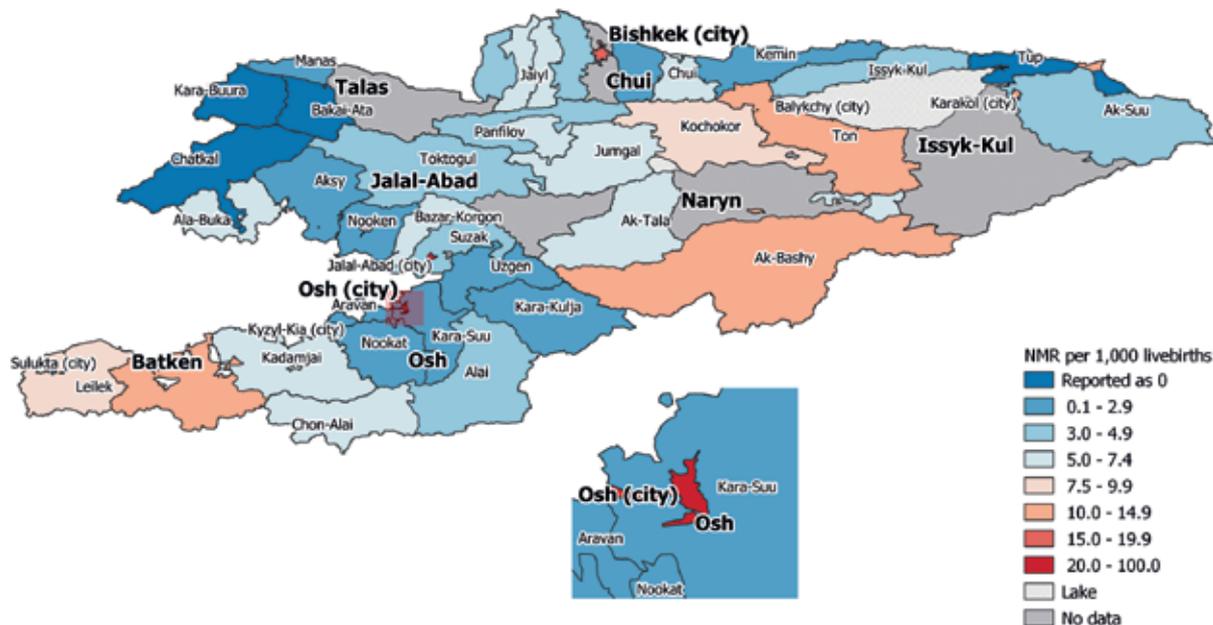
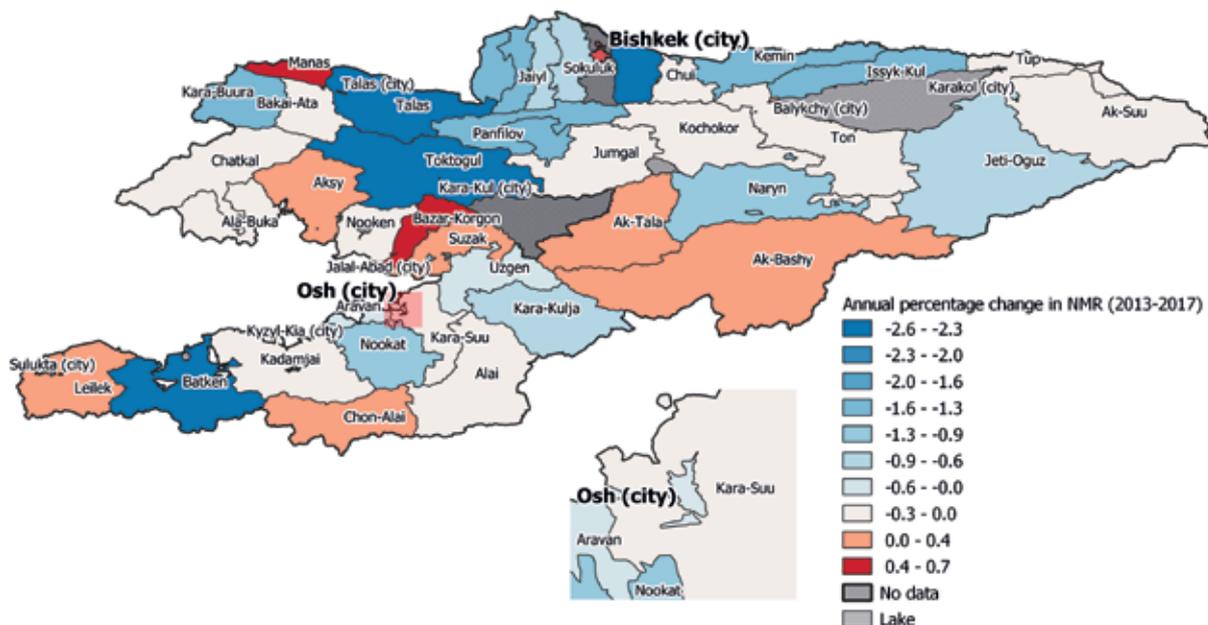


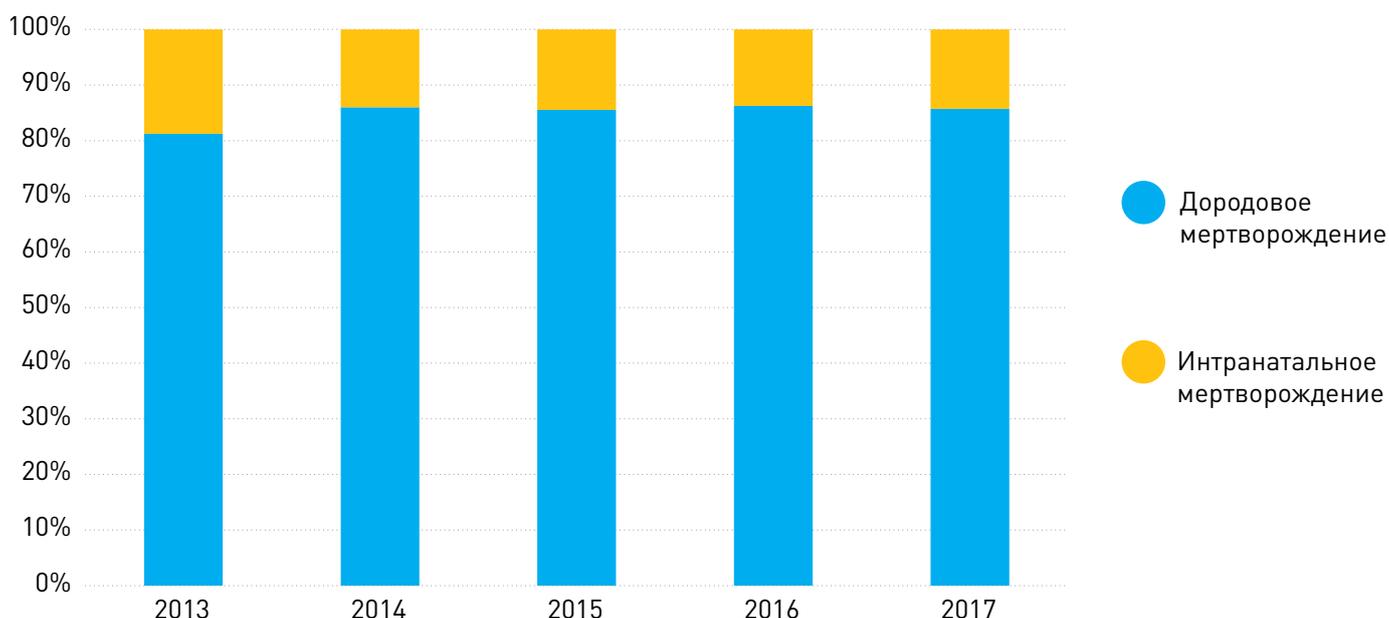
График 10в: Годовое изменение процентного соотношения ПНС между 2013 и 2017 годами



б. Период времени, когда происходят мертворождения

Период времени, когда случаются мертворождения, оставался неизменным за последние годы, между 7-8 на 1000 рождений на дородовой стадии и между 1-2 на 1,000 рождений в интранатальный период. Свыше 80% мертворождений случилось во время дородового периода с увеличением пропорции между 2013 и 2017 гг. (График 11). Неравенства в мертворождаемости между городом Ош и другими областями увеличились между 2013 и 2016 годами, но немного снизились между другими областями (Приложение, График 2а). Неравенства во время антенатального периода и в интранатальный период были отмечены схожей динамикой относительно города Ош (Приложение, График 2б). Однако, общие пробелы снизились в интранатальном периоде для всех других областей, но лишь незначительно сократились в дородовый период. Тем не менее, следует отметить, что неправильная классификация времени/периодов мертворождения, как полагают, довольно распространена в медицинских учреждениях Кыргызстана.

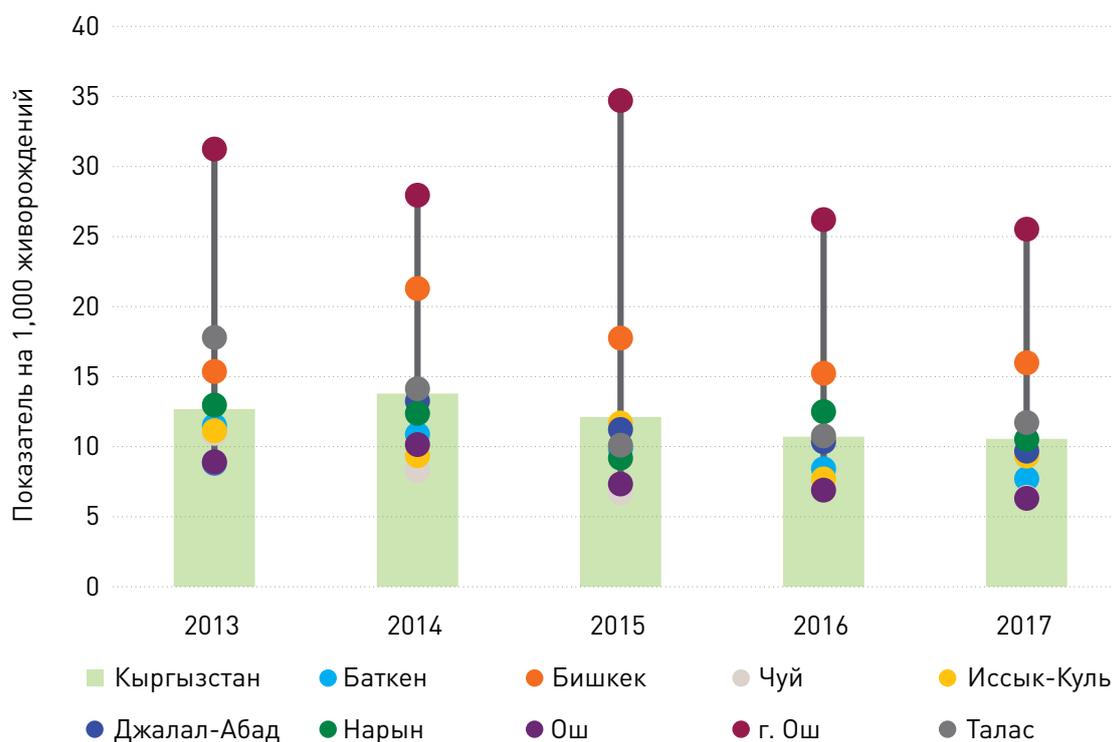
График 11: Разбивка мертворождений по периодам, 2013-2017 гг.



в. Аспекты равенства

При сравнении общих областных ПНС, в городах Ош и Бишкек последовательно отмечаются существенно более высокие уровни ПНС почти во все годы (График 12), которое может быть объяснено наличием трех учреждений третичного уровня страны, находящихся в этих областях и следовательно, роды наиболее подверженные риску направляются туда. Неравенства в неонатальной смертности были самыми большими в 2015 г. между городом Ош и другими областями, но в целом, они не сократились между 2013 и 2017 годами. Самые значительные снижения в ПНС с 2013 г. по 2017 г. были отмечены в городе Ош, за ним следовали Чуйская, Баткенская и Таласская области, в то время как незначительные улучшения произошли в Бишкеке.

График 12: Динамика областных показателей неонатальной смертности, 2013-2017 гг.



Однако, сравнение между 2014 и 2018 годами с использованием данных из МИКО, показывает общее снижение в неравенствах в неонатальной смертности (График 13а). Что касается местности проживания, пробел между городской и сельской неонатальной смертностью оставался таким же с 2014 по 2018 годы (График 13а). Схожие тенденции наблюдаются при дезагрегировании на квинтиль благосостояния, однако, в 2014 г. в самом бедном квинтиле был отмечен самый высокий показатель неонатальной смертности, но в 2018 г. у них был самый низкий показатель в квинтиле среднего достатка, и заняв свое место, они продвинулись выше среднего показателя в стране (График 13б). Неравенства в образовании снизились с 2014 до 2018 гг., и самые значительные снижения в показателях неонатальной смертности были у тех, чьи матери имели законченное среднее или профессиональное начальное образование или средний уровень образования (График 13б).

График 13а: Показатели неонатальной смертности на основе географических факторов, 2014 г. по сравнению с 2018 г.

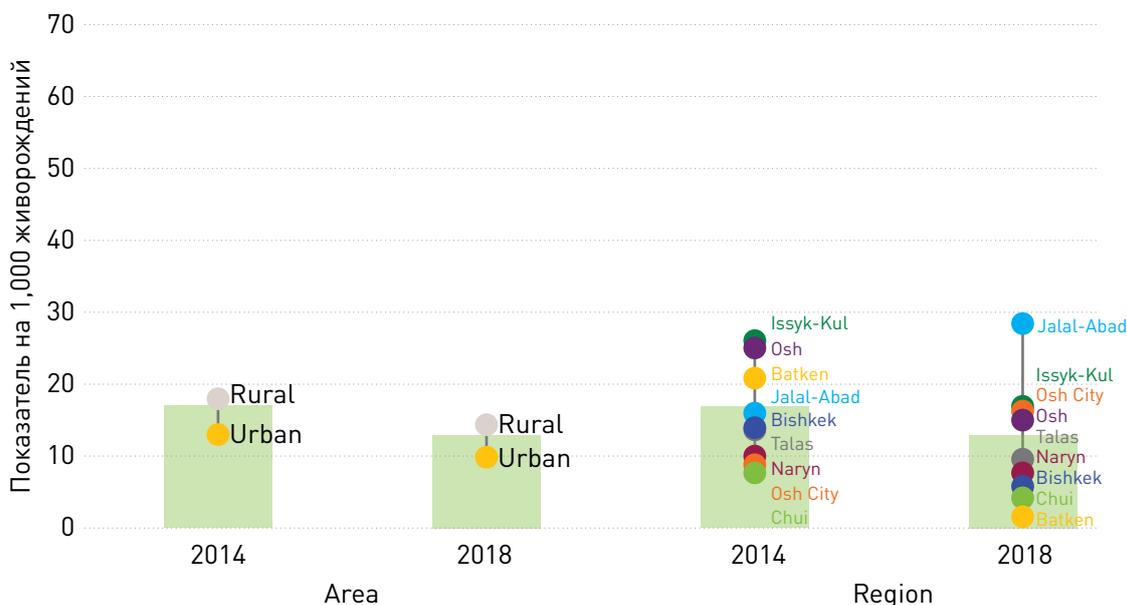
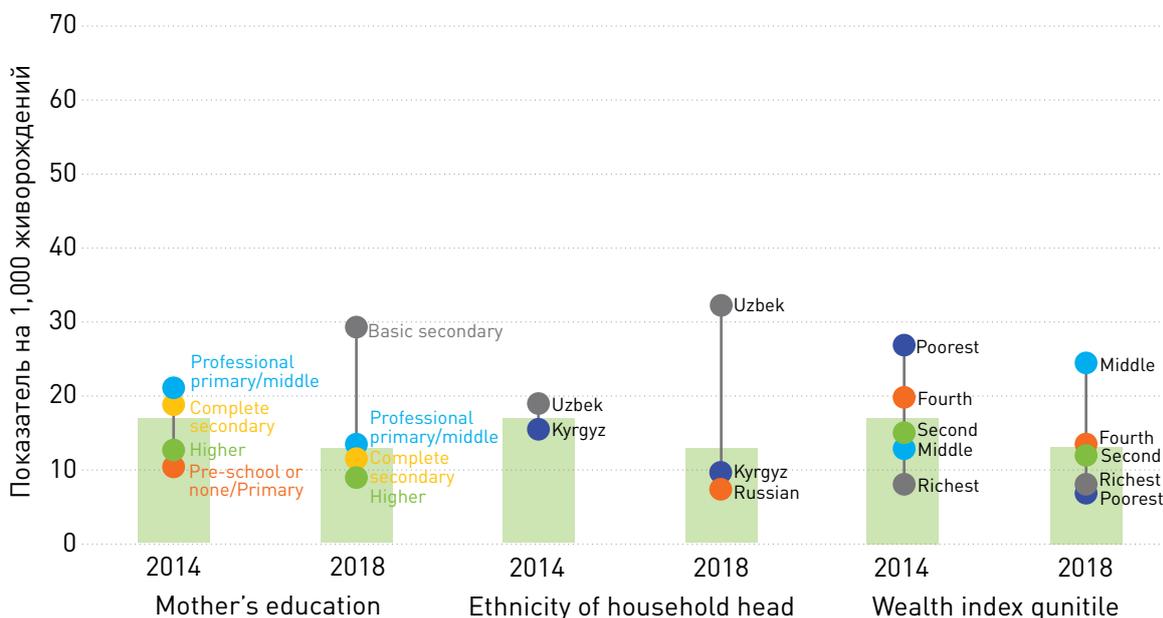


График 13б: Показатели неонатальной смертности на основе социально-экономических факторов, 2014 г. по сравнению с 2018 г.



г. Период неонатальной смертности

Отмечалось постепенное снижение в показателях неонатальной смертности для младенцев во время первого дня жизни и через 1-2 дня после рождения (График 14а). Показатель смертности для новорожденных по прошествии 2 дней значительно не изменился. Хотя большинство неонатальных смертей случилось в первый день жизни в 2013 г., более значительная пропорция произошла в самый ранний неонатальный период (1-2 дня) в 2018 г. Были отмечены небольшие увеличения в пропорции неонатальных смертей, случившихся в более поздний ранний неонатальный период (3-7 дней) или в поздний неонатальный период



(8-28 дней) (График 14б). Период неонатальной смертности колеблется по областям, и между областями есть пробелы, кроме города Ош, и этот период начинает снижаться касательно смертности для всех возрастных категорий между 2013 и 2017 годами (Приложение, График 3а-3г).

График 14а: Разбивка неонатальных смертей по периоду смертности, 2013-2017 гг.

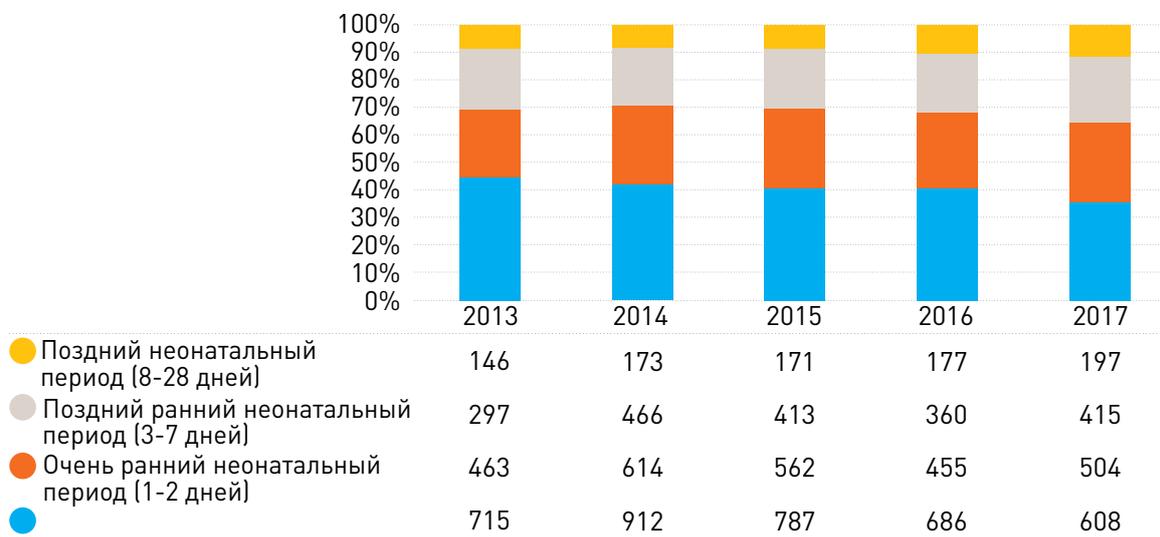
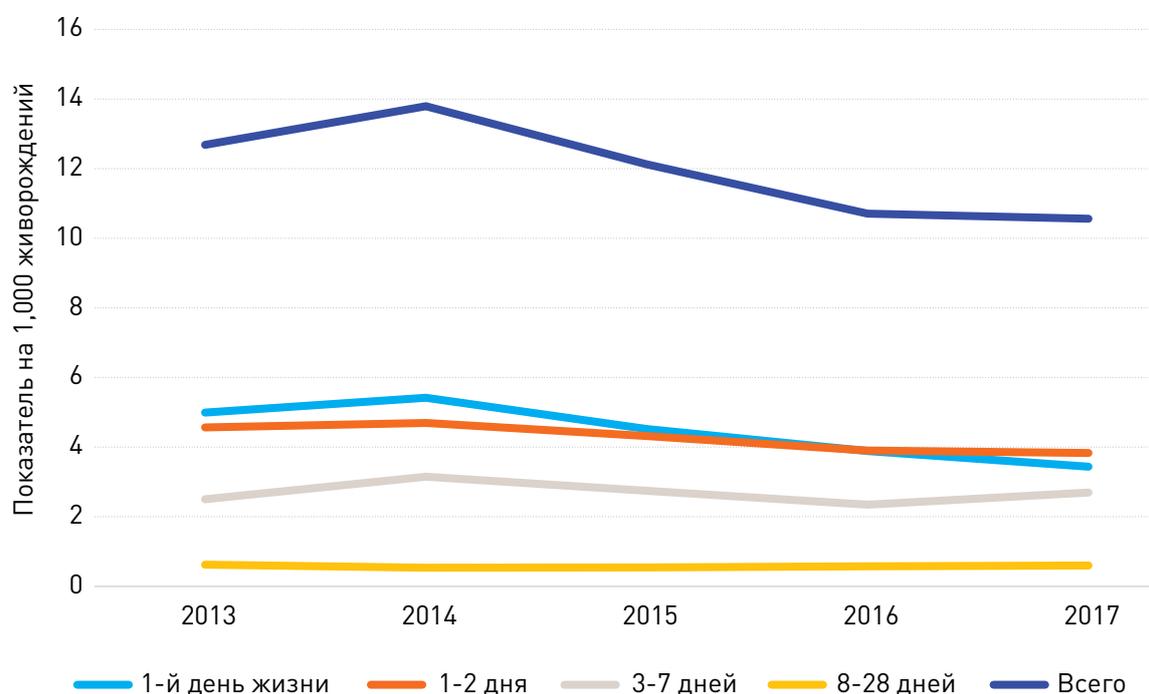


График 14б: Показатели неонатальной смертности по периоду смерти, 2013-2017 гг.



д. Вес при рождении

В Кыргызстане отмечалось общее 8% снижение показателей низкого веса при рождении (<2,500 грамм) на 1,000 рождений между 2013-2017 годами (Приложение, График 4а). Тем не менее, существуют небольшие различия по областям, и в г. Ош регистрируется большое повышение в показателях

низкого веса при рождении и которое остается выше среднего национального показателя вместе с г. Бишкек. Это ожидаемо, поскольку низкий вес при рождении является ключевым критерием для направления женщин в учреждения третичного уровня в этих двух регионах. Самые существенные изменения в ПНС на основании веса при рождении, отмечались среди новорожденных с низким весом при рождении (Приложение, График 4б). У новорожденных с нормальным весом при рождении (>2500,0 грамм) были незначительные улучшения, и средние изменения у тех детей, которые родились с чрезвычайно низким весом (<1000,0 грамм) или с очень низким весом (1000,0-1500,0 грамм). Низкий вес при рождении привел к 70-80% неонатальных смертей, и другие случаи смертности происходят у новорожденных с нормальным весом (Приложение, График 4в). Областные неравенства в ПНС существенно не изменились для младенцев с низким весом при рождении, но немного улучшились с течением времени среди новорожденных с нормальным весом (Приложение, Графики 4г и 4д).

е. Гестационный возраст

В целом, Кыргызстан не добился улучшений в ситуации с преждевременными родами на 1,000 живорождений между 2013 и 2017 годами (Приложение, График 5а). Фактически, в городе Ош было значительное увеличение показателей преждевременных родов. Показатель неонатальной смертности отличается на основании новорожденных, родившихся раньше срока, по сравнению с детьми, родившимися в срок (Приложение, График 5б). ПНС увеличился в отношении недоношенных детей с 2013 по 2014 годы, но с тех пор начал снижаться и стабилизироваться. ПНС для доношенных детей начал постепенно снижаться с 2013 по 2017 годы. В общем, большинство неонатальных смертей случаются среди недоношенных детей (примерно 70%) и эта ситуация почти не изменилась с течением времени (Приложение, График 5в). Областные неравенства касательно неонатальной смертности среди недоношенных детей и доношенных детей колебались из года в год, но общие пробелы начали улучшаться (Приложение, График 5г и 5д). В городах Ош и Бишкек систематически отмечается самый высокий ПНС среди недоношенных детей.

ё. Период смертности на основании веса при рождении

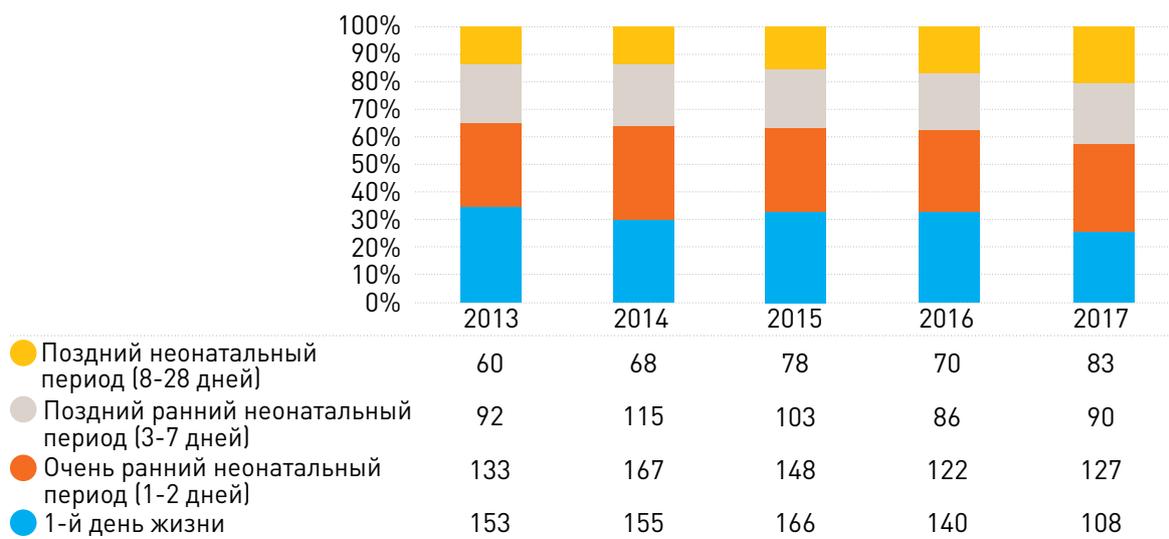
Среди младенцев с низким весом при рождении, период смертности незначительно изменился в период с 2013 по 2017 годы (График 15а). Пропорция поздних ранних неонатальных смертей немного увеличилась, тогда как очень поздние неонатальные смерти, на которые приходится самая маленькая пропорция смертей среди новорожденных, осталась такой же. Случаи смерти среди младенцев, родившихся с нормальным весом, имеют аналогичную тенденцию (График 15б). Очень ранние неонатальные смерти относятся к самой большой пропорции смертей среди детей с нормальным весом при рождении, тогда как пропорция поздних ранних неонатальных смертей осталась неизменной, и пропорция очень ранних неонатальных смертей и поздних неонатальных смертей снизилась с 2013 по 2017 годы.

Среди новорожденных с низким весом, неравенства на областном уровне, основанные на периоде смертности (первый день жизни, очень ранние неонатальные, поздние ранние неонатальные и поздние неонатальные) незначительно улучшились с 2013 по 2017 гг. (Приложение, Графики 6а-6в). Показатель очень ранних неонатальных смертей в городе Ош и Бишкек остался самым высоким и пробелы между этими областями и другими не снизились с течением времени. Тем не менее, эти пробелы сократились касательно показателей поздних ранних неонатальных смертей и поздних неонатальных смертей. Среди новорожденных с нормальным весом, неравенства областного уровня не изменились относительно очень ранних неонатальных смертей, но значительно улучшились касательно поздних ранних и поздних неонатальных смертей (Приложение, Графики 6г-6е).

График 15а: Период смертности среди новорождённых с низким весом (<2,500 грамм), 2013-2017 гг.



График 15б: Период смертности среди новорождённых с нормальным весом ($\geq 2,500$ гр), 2013-2017 гг.



ж. Период смертности на основании гестационного возраста и веса при рождении

Период смертности немного изменился с течением времени среди недоношенных и доношенных младенцев между 2013 и 2017 годами (График 16а). Среди недоношенных детей, отмечается увеличение в пропорции случаев дородовых мертворождений и ранних и поздних неонатальных смертей. Следовательно, было снижение в пропорции интранатальных мертворождений и очень ранних неонатальных смертей. Самая высокая пропорция смертей среди недоношенных новорождённых систематически случается в очень ранний неонатальный период, и самая малая пропорция пришлась на поздний неонатальный период. Среди доношенных младенцев, динамика смертности по гестационному возрасту незначительно различается (График 16б). Только пропорция антенатальных мертворождений увеличилась, а пропорция поздних ранних неонатальных смертей осталась неизменной, тогда как другие возрастные гестационные группы снизились с 2013 по 2017 годы. Пробелы в неравенствах

между областями сократились с течением времени с 2013 по 2017 годы среди недоношенных детей относительно очень ранних, поздних ранних и поздних неонатальных смертей (Приложение, График 7а-7г). В г. Ош отмечается самый большой показатель смертности среди всех гестационных возрастных групп (потенциально из-за введения системы направления для беременных и новорожденных подверженные высокому риску), в то время как Ош остался на нижнем конце спектра. Аналогично, среди доношенных младенцев, отмечалось снижение неравенств между областями для всех гестационных возрастных групп между 2013 и 2017 годами (Приложение, График 7д-7ж).

График 16а: Период смертности среди недоношенных детей (<37 недель), 2013-2017 гг.

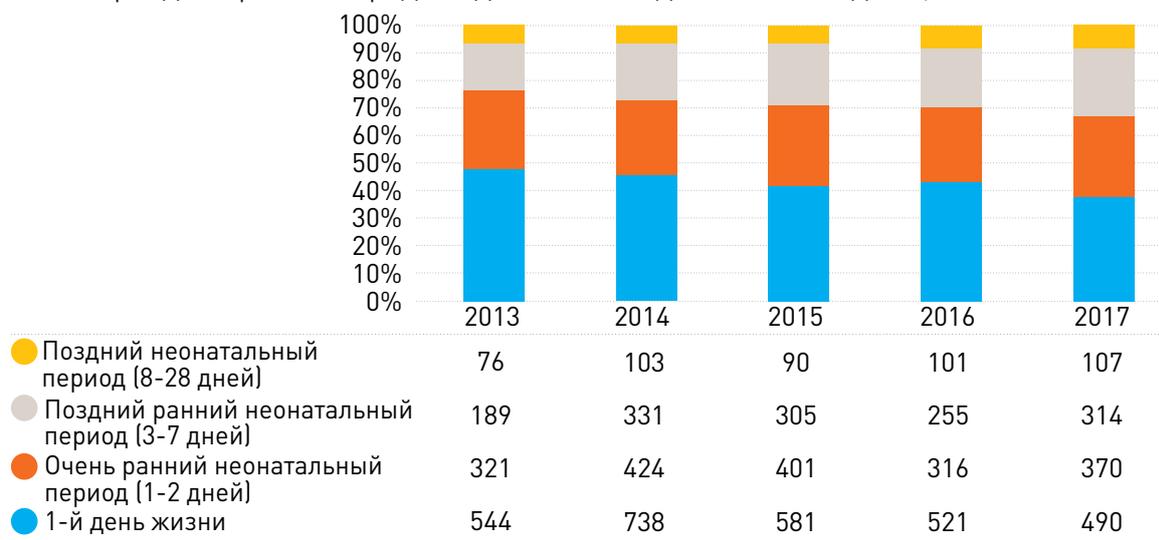
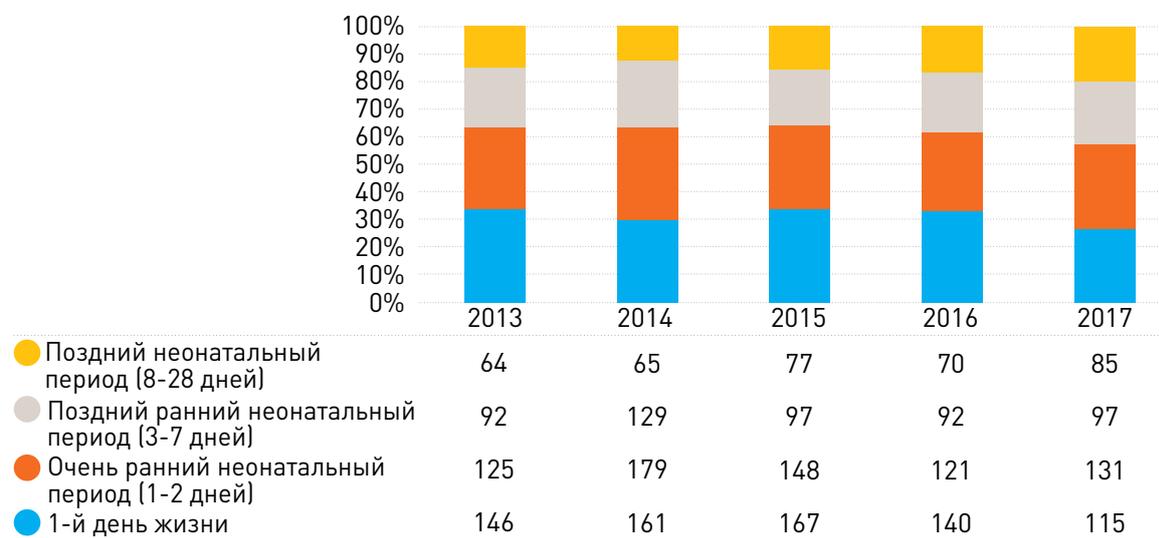


График 16б: Период смертности среди доношенных детей (≥37 недель), 2013-2017 гг.

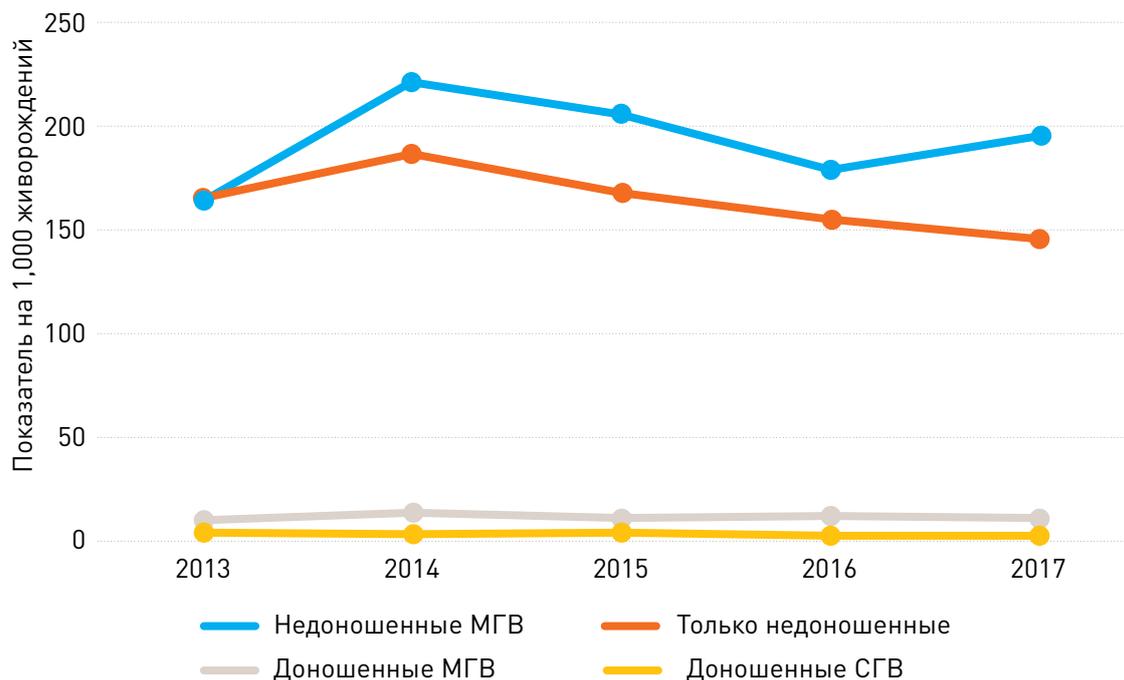


3. Неонатальная смертность на основании гестационного возраста и времени рождения

Среди младенцев, родившихся в период беременности менее 37 недель, отмечался значительно более высокий показатель неонатальной смертности, чем у доношенных детей. Среди детей, которые родились раньше срока и маленьких к гестационному возрасту детей (МГВ), отмечались в целом более высокие показатели неонатальной смертности на почти 270 случаев на 1,000 живорождений в 2017 г. (График 17).



График 17: Показатель неонатальной смертности по категории Маленьких к гестационному возрасту детей (МГВ), 2013-2017 гг.



и. Период смертности на основании гестационного возраста и времени рождения

Самая большая пропорция смертей была отмечена в первый день жизни среди недоношенных детей, которые были маленькими к гестационному возрасту (МГВ) (График 18а). Касательно недоношенных детей, которые родились в соответствии с требованиями гестационного возраста, пропорция смертей, случившихся в первый день жизни и в очень ранний неонатальный период, является практически равной. Более существенная пропорция смертей отмечалась в поздний ранний неонатальный и поздний неонатальный периоды среди недоношенных младенцев, родившихся в соответствии с гестационным возрастом, по сравнению с детьми, родившимися маленькими к гестационному возрасту.

Среди детей, родившихся в срок, самая большая пропорция смертей пришлась на очень ранний неонатальный период и самая малая пропорция на поздний неонатальный период среди детей, родившихся маловесными и детей, соответствующих гестационному возрасту. Однако, при сравнении смертей на основании гестационного возраста, более значительная пропорция младенцев умирает в очень ранний неонатальный период, и более маленькая пропорция умирает в поздний ранний неонатальный период и поздний неонатальный период касательно детей, родившихся в соответствии с гестационным возрастом, по сравнению с теми детьми, которые родились маловесными.

Расхождения по неонатальной смертности среди младенцев, родившихся преждевременно и маленьких для гестационного возраста (МГВ), были почти в 100 раз выше, чем для доношенных детей и детей, соответствующих гестационному возрасту (СГВ) [ОШ (отношение шансов): 110.77, 95% ДИ (доверительный интервал): 100.84, 121.68]. Тем временем, дети, рожденные раньше срока, но СГВ, всё еще подвергались в 70 раз большему риску смерти в первые 28 дней жизни [ОШ: 69.41; 95% ДИ: 65.88, 73.13] (График 18б).

График 18а: Разбивка неонатальных смертей по периоду смертности, 2013-2017 гг.

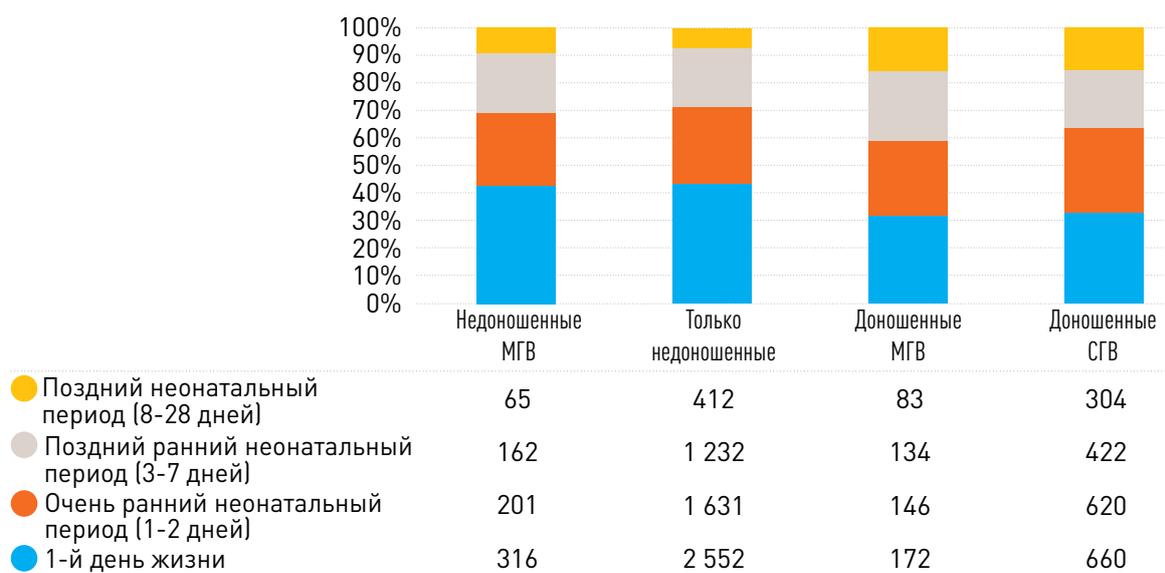


График 18б: Отношение шансов (ОШ) неонатальной смертности по группированию по гестационному возрасту и весу (с ДИ 95%)



2. Основные причины мертворождений и причины младенческой смертности при мертворождении

і. Причины смерти при мертворождении

Гипоксия была основной причиной смертности среди мертворождений в дородовом периоде (91.4%) и интранатальном периоде (87.0%) в 2017 г., что представляет значительное увеличение показателей с 2013 года в обоих случаях (График 19а, График 19б).

График 19а: Главные причины смертности среди мертворождений в дородовой период, 2013 г. по сравнению с 2017 г.

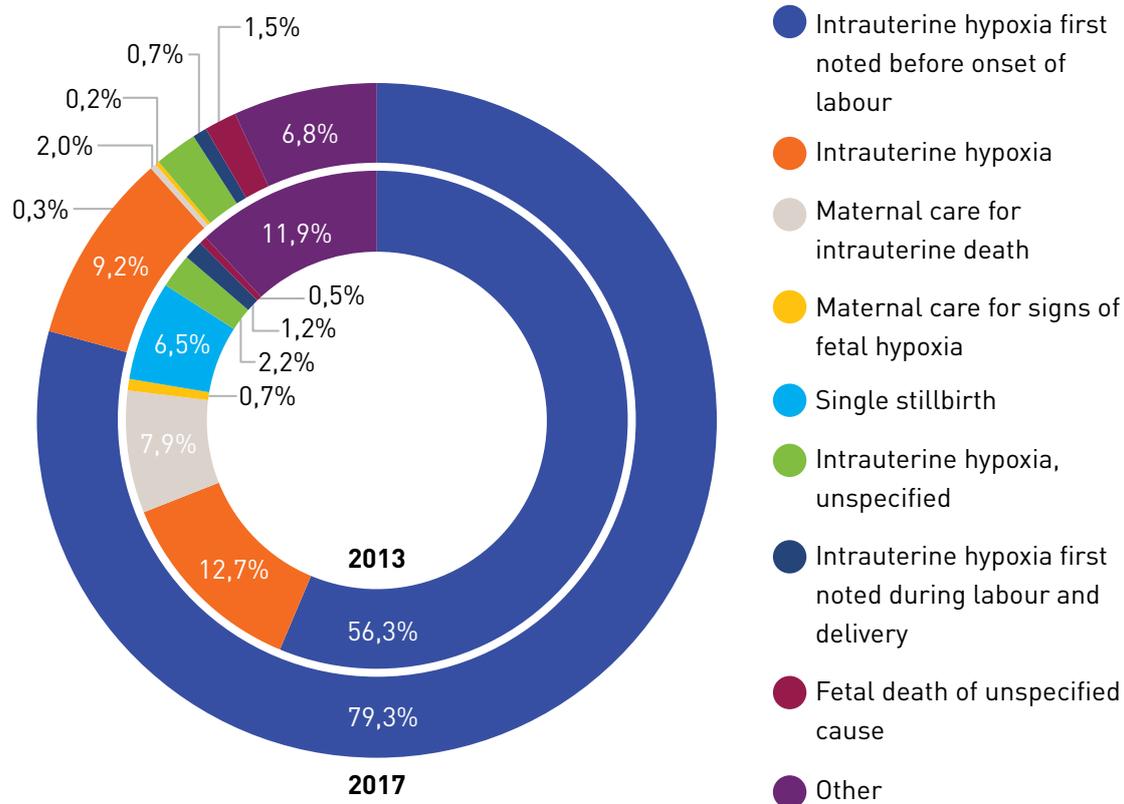
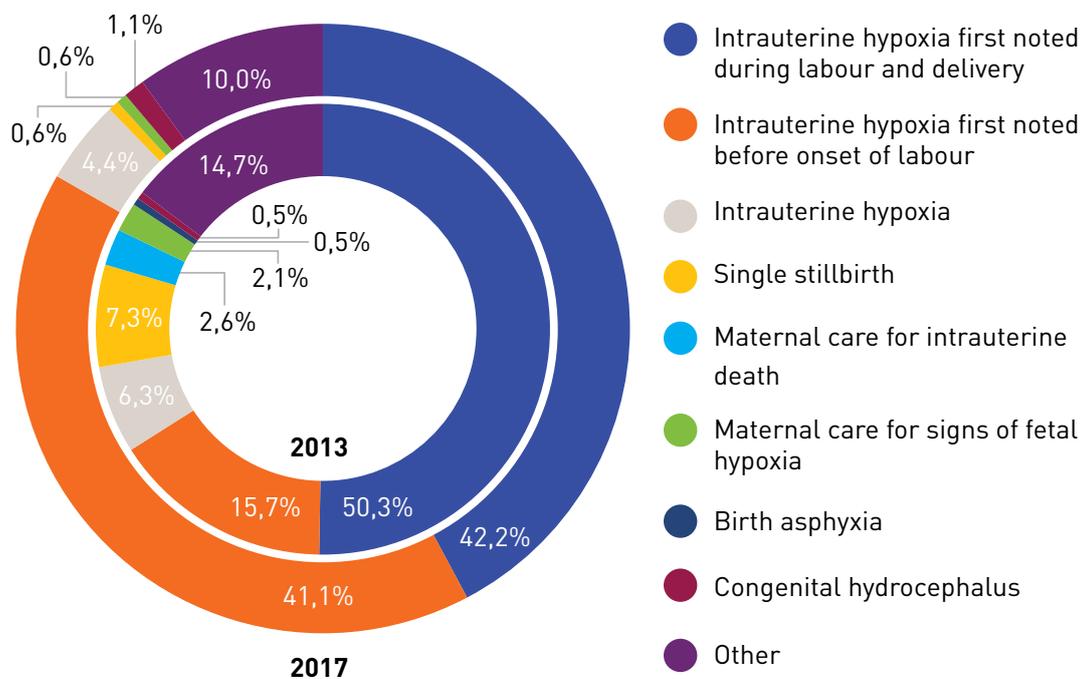


График 19б: Главные причины смертности среди мертворождений в интранатальный период, 2013 г. по сравнению с 2017г.

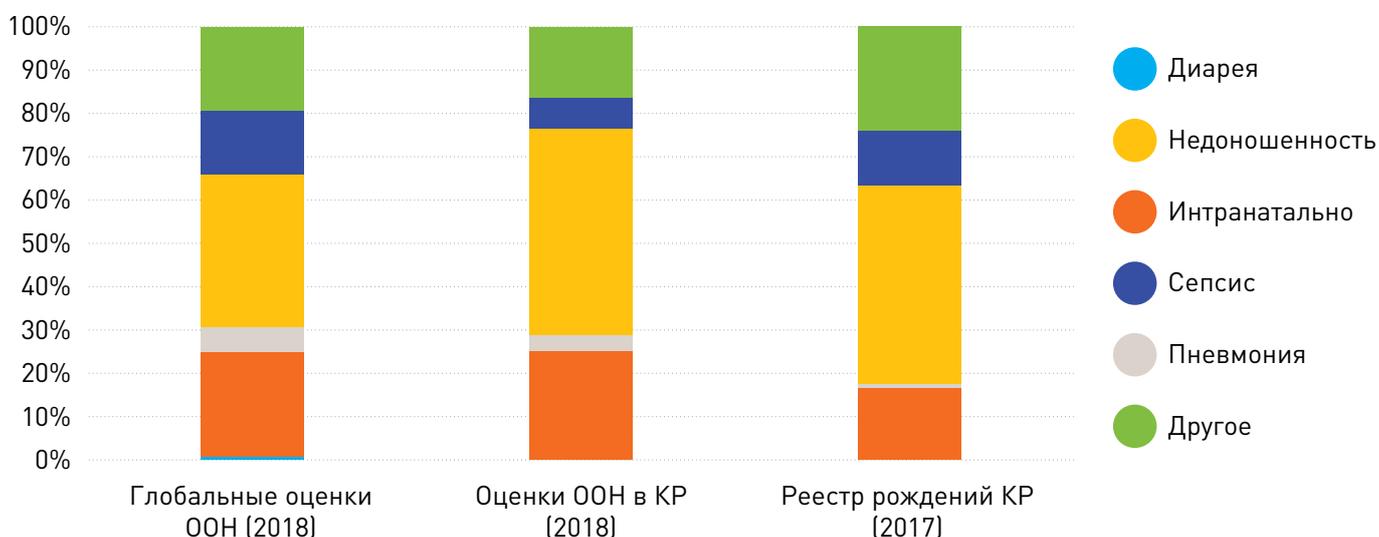


ii. Причины смерти среди новорожденных

а. Разбивка причин неонатальной смертности на глобальном уровне и в Кыргызстане

Распределение причин неонатальной смертности в Кыргызстане в 2017 г. было в целом схоже с причинами, просчитанными ООН в 2018 г., хотя в «Регистре новорожденных» было зарегистрировано меньше случаев смерти от пневмонии, по сравнению с оценками ООН (График 20). Пропорция смертей от асфиксии снизилась, так как увеличилось число дней по выживаемости новорожденных, примерно на 25% смертей в первый день жизни, по сравнению с только 3% касательно детей, выживших в период между 8 и 28 днями, с противоположной тенденцией, действительной для смертей, связанных с инфекциями (График 21). Респираторный дистресс-синдром был основной причиной смертности среди младенцев с низким весом при рождении (График 22б) и недоношенных детей (График 23б), в то время как среди детей, рожденных с нормальным весом и доношенных детей, самой распространенной причиной смерти была асфиксия (График 22г, График 23г).

График 20: Разбивка причин неонатальной смертности на глобальном уровне и в Кыргызстане, 2017 и 2018 гг.



б. Общие причины ПНС и основные причины смертности из базы данных «Регистр новорожденных»

График 21: Причины смертности по периоду смерти

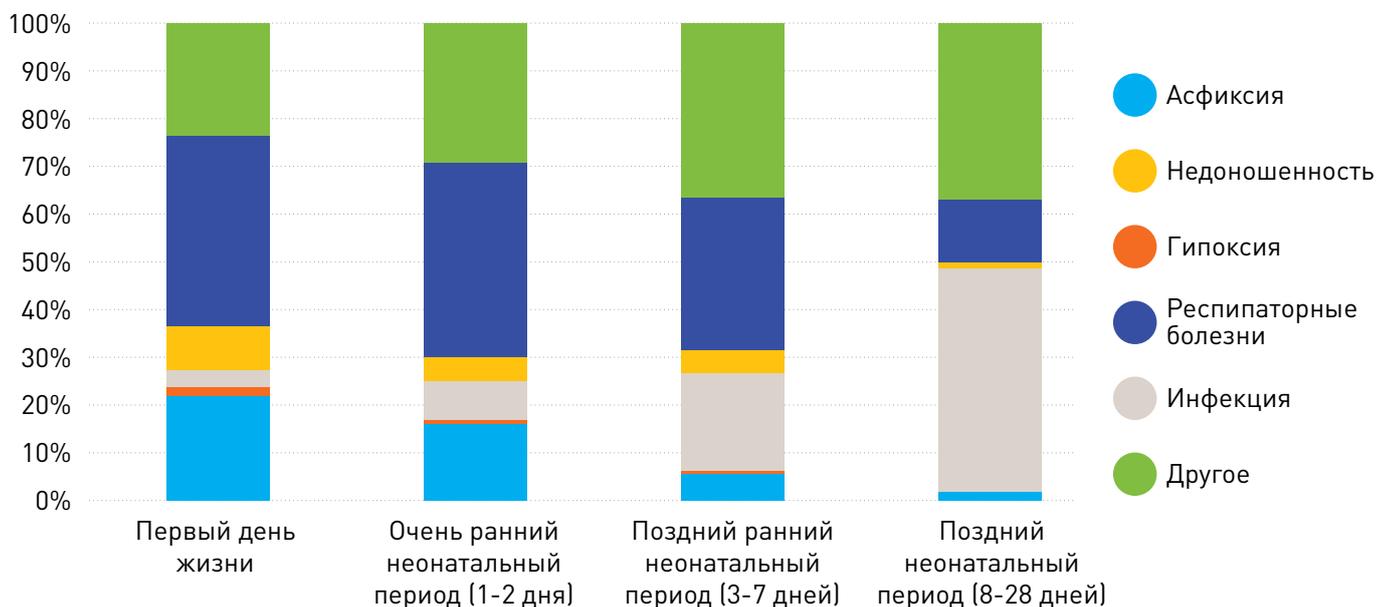


График 22а: Совокупные причины неонатальных смертей среди детей с низким весом при рождении (<2,500гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.

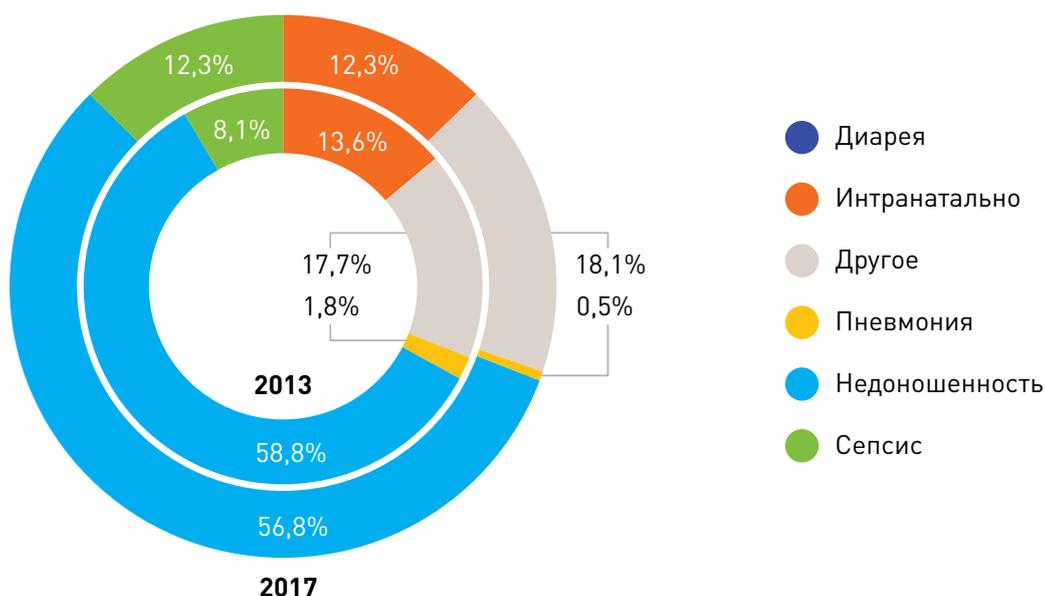


График 22б: Главные причины смерти среди новорожденных с низким весом (<2,500гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.

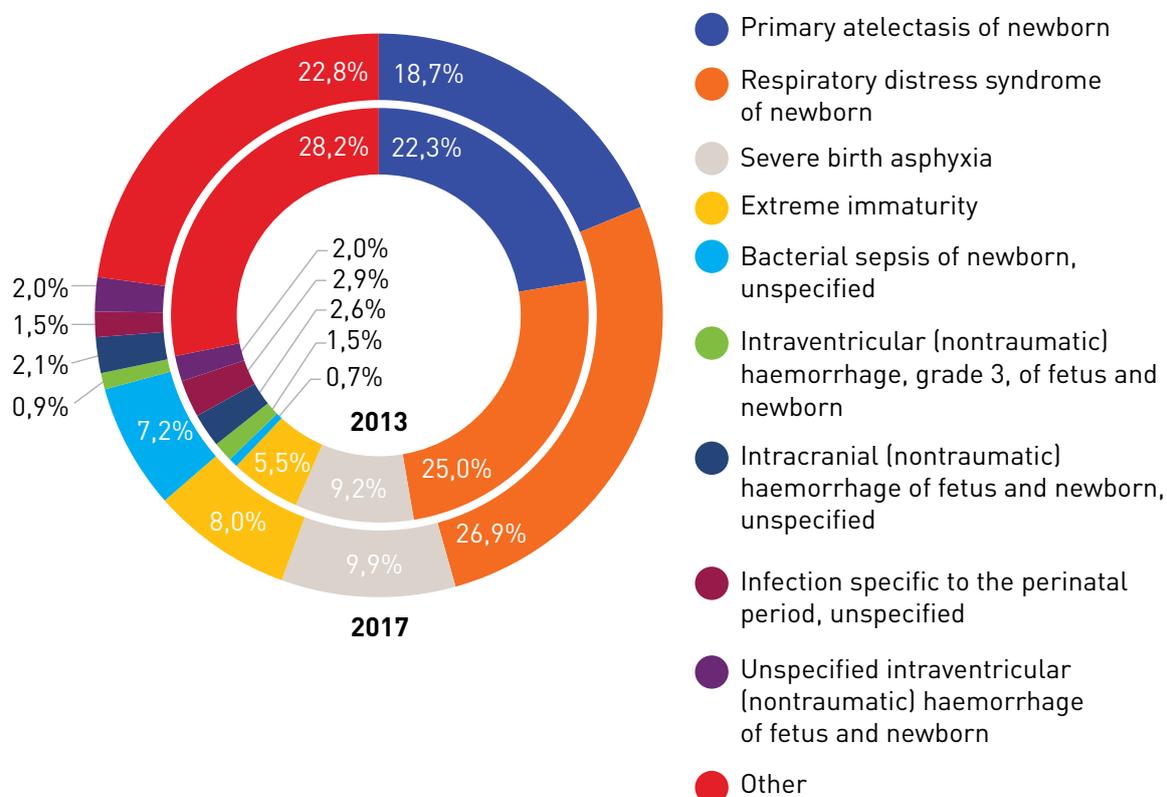


График 22в: Совокупные причины неонатальных смертей среди детей с нормальным весом при рождении ($\geq 2,500$ гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.

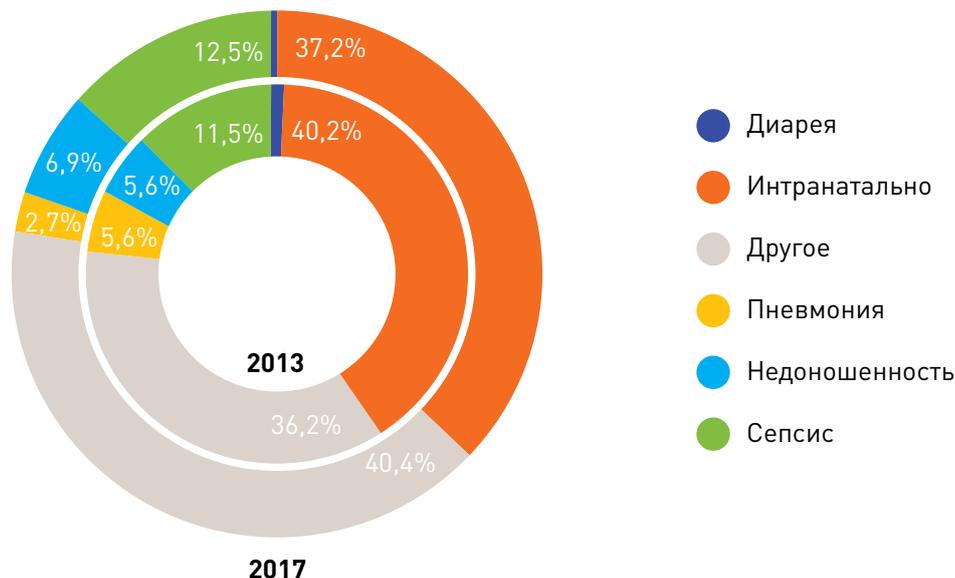


График 22г: Причины смерти среди новорожденных с нормальным весом (≥ 2500 гр), 2013 г. по сравнению с 2017 г.

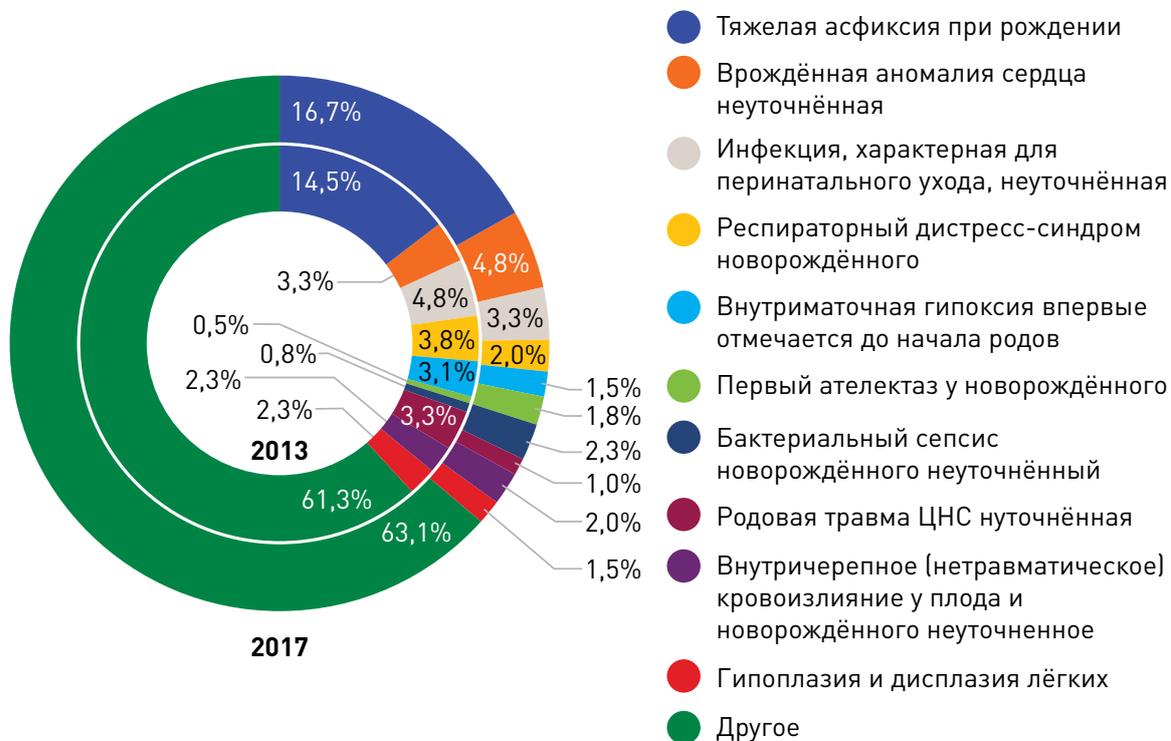


График 23а: Совокупные причины неонатальных смертей среди недоношенных детей (<37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.

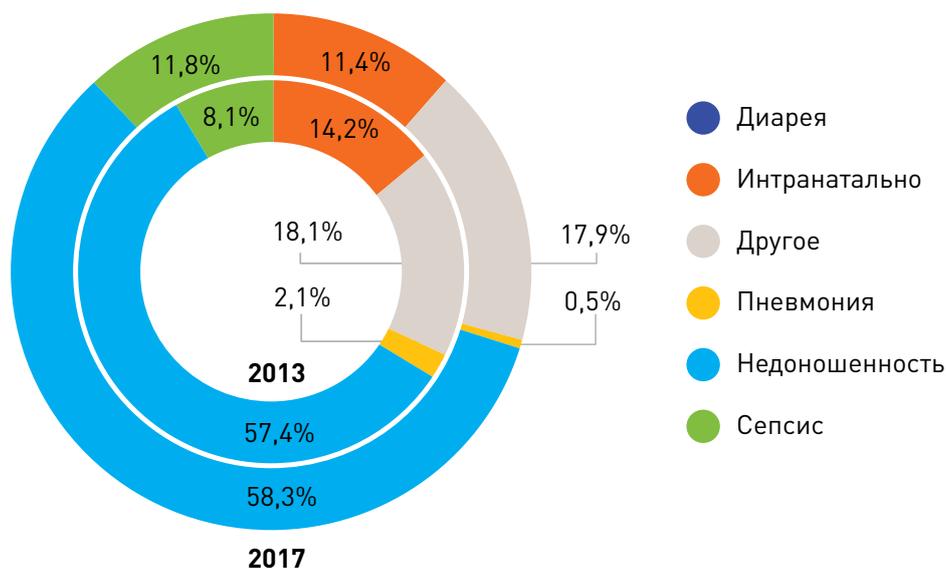


График 23б: Главные причины смертей среди недоношенных детей (<37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.

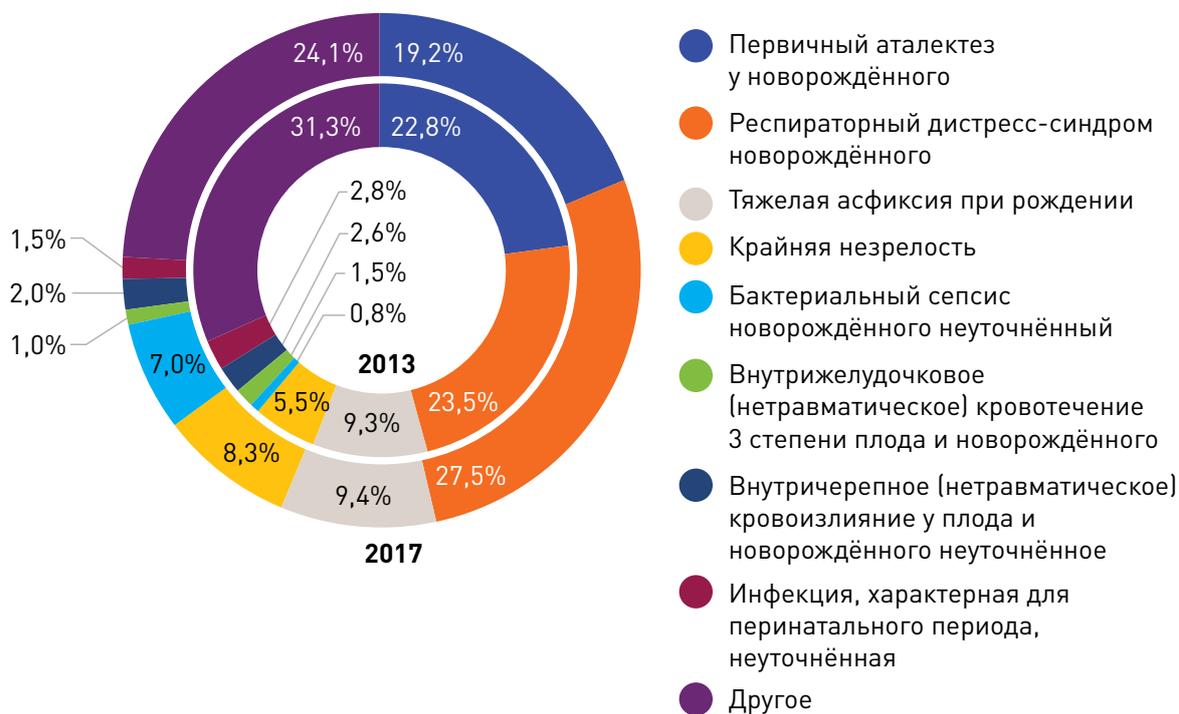


График 23в: Совокупные причины неонатальных смертей среди доношенных детей (≥ 37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.

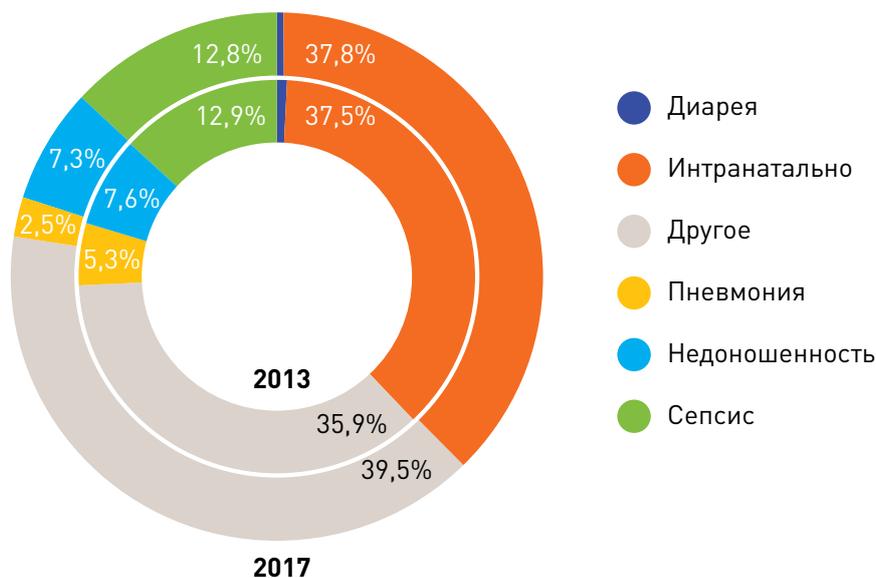
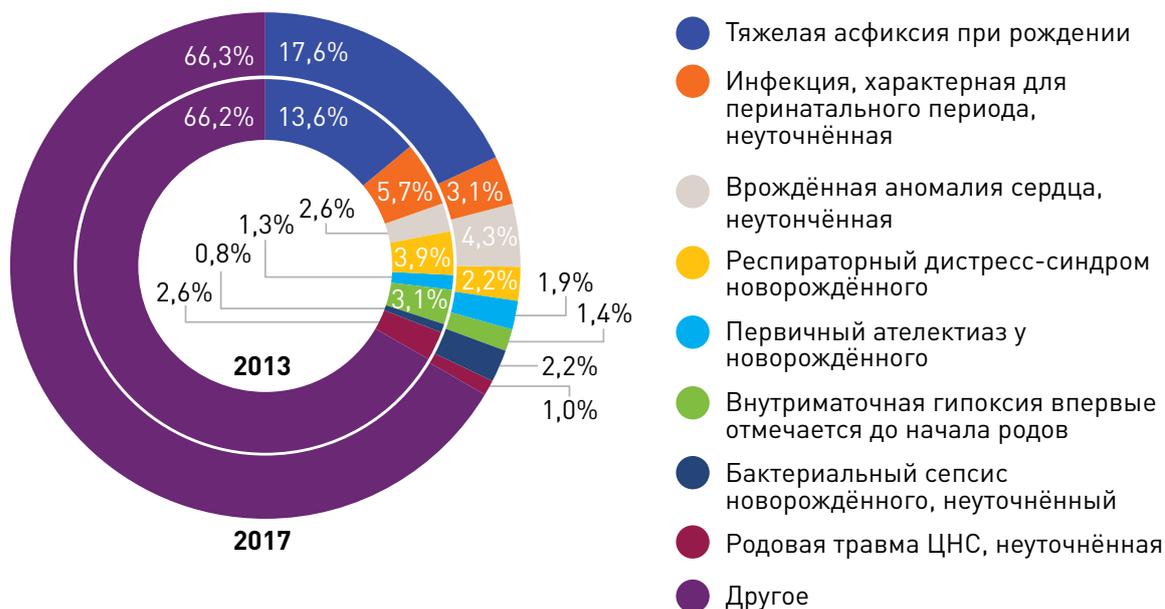


График 23г: Главные причины смерти среди доношенных детей (≥ 37 недель), 2013 г. по сравнению с 2017 г.



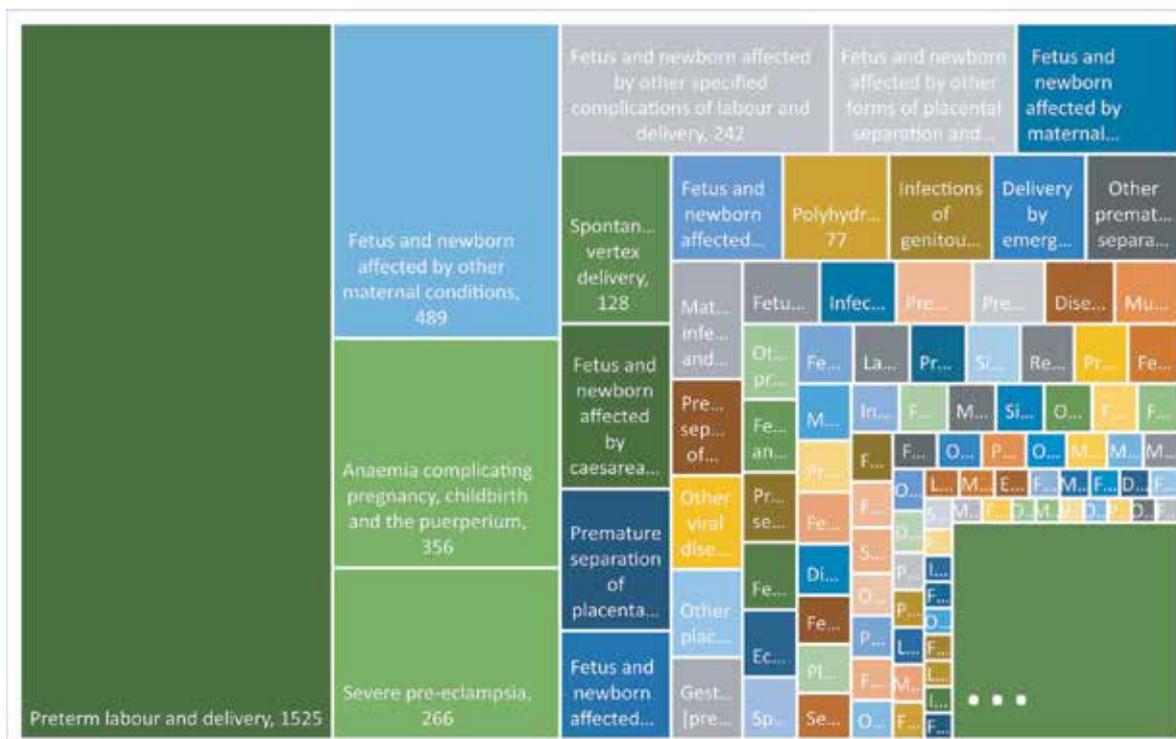
iii. Основные заболевания матерей при младенческой смертности и мертворождениях из Реестра

Основными состояниями и заболеваниями среди матерей, чьи новорождённые дети умерли в неонатальном периоде, были преждевременные схватки и роды, острая преэклампсия и анемия (График 24). Преждевременные схватки и роды, и острая преэклампсия систематически отмечаются в качестве состояний здоровья матерей в независимости от веса ребенка при рождении или гестационного возраста (Графики 25-28). Кроме того, осложнения при кесаревом сечении были самыми распространенными материнскими заболеваниями при рождении детей с низким весом (График 25) и недоношенных детей (График 27), тогда как случаи спонтанных родов при теменном предлежании плода были частыми



среди детей с нормальным весом при рождении (График 26) и доношенных детей (График 28). Точно так же, главные материнские заболевания/состояния среди новорожденных, которые умерли от респираторных причин или асфиксии, были преждевременные схватки и роды и тяжелая преэклампсия (График 29 и График 30). Для младенцев, умирающих из-за инфекции, осложнения при кесаревом сечении и гипертонические расстройства матерей были наиболее распространенными (График 31).

График 24: Частота главных заболеваний матерей, чьи новорождённые дети умерли в неонатальном периоде

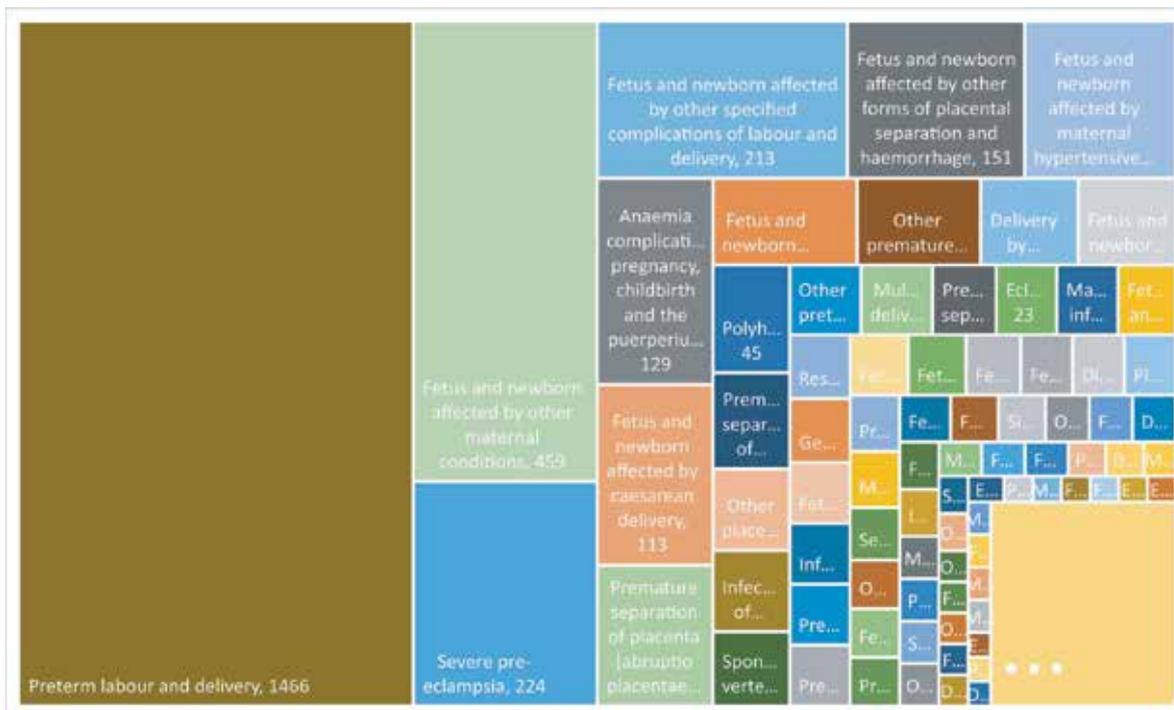


а. По весу при рождении

График 25: Частота основных заболеваний матерей, чьи дети, рожденные с низким весом (<2,500гр) умерли в неонатальном периоде



График 26: Частота основных заболеваний матерей, чьи дети, рожденные с нормальным весом ($\geq 2,500$ гр) умерли в неонатальном периоде



6. По гестационному возрасту

График 27: Частота основных заболеваний матерей, чьи новорожденные недоношенные дети (<37 недель) умерли в неонатальном периоде

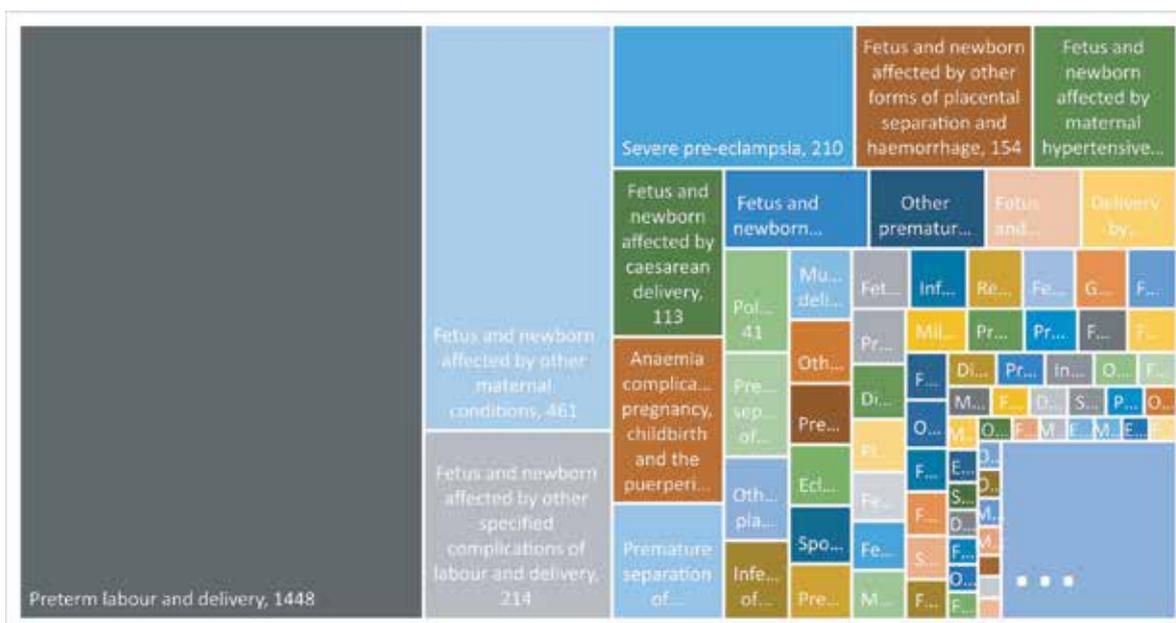


График 28: Частота основных заболеваний матерей, чьи новорожденные доношенные дети (≥ 37 недель) умерли в неонатальном периоде

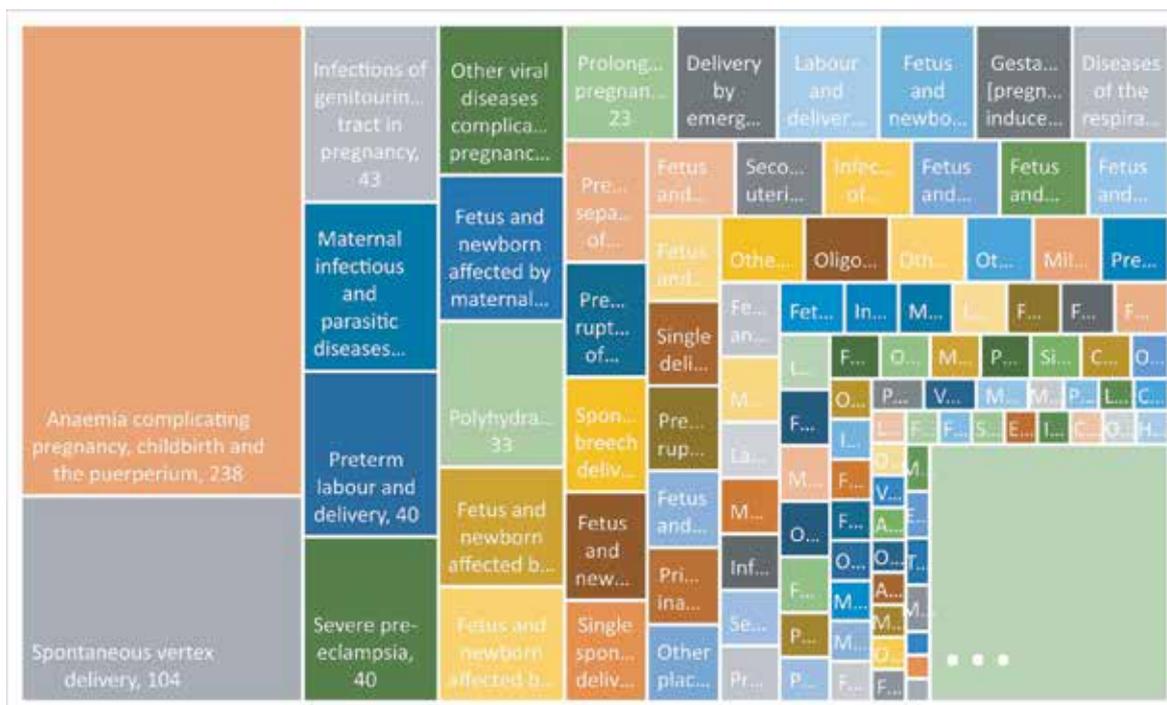


График 29: Основные заболевания матерей, чьи новорожденные дети умерли от респираторных болезней в неонатальном периоде

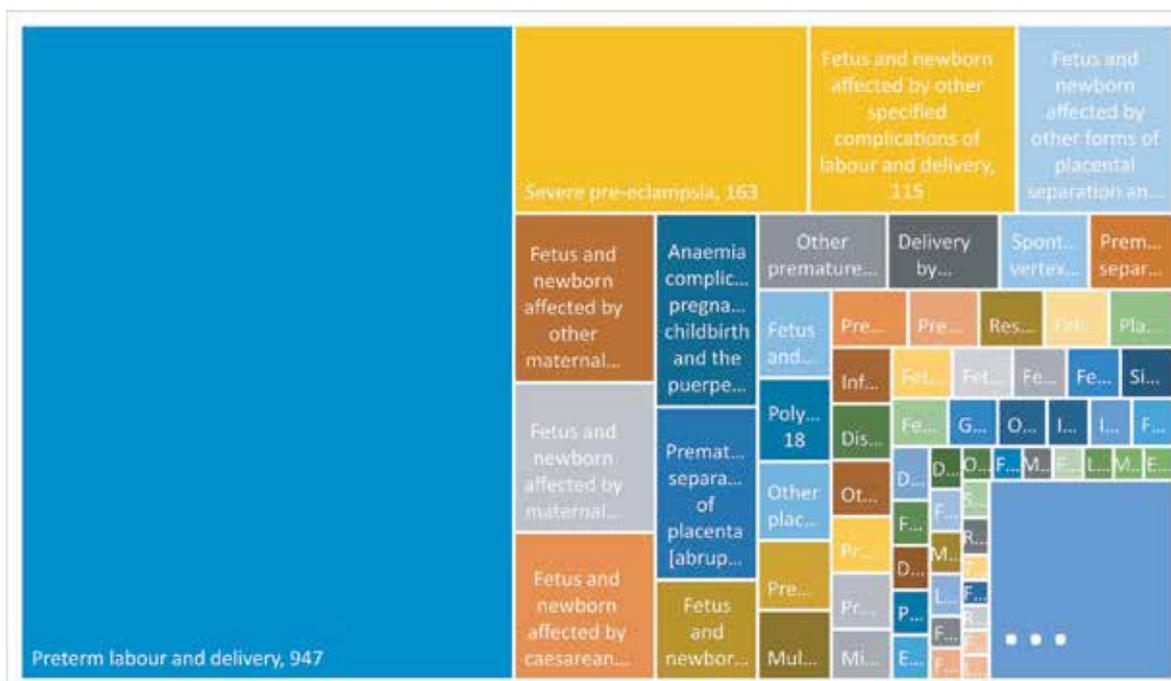


График 30: Главные заболевания матерей, чьи дети умерли от асфиксии в неонатальном периоде

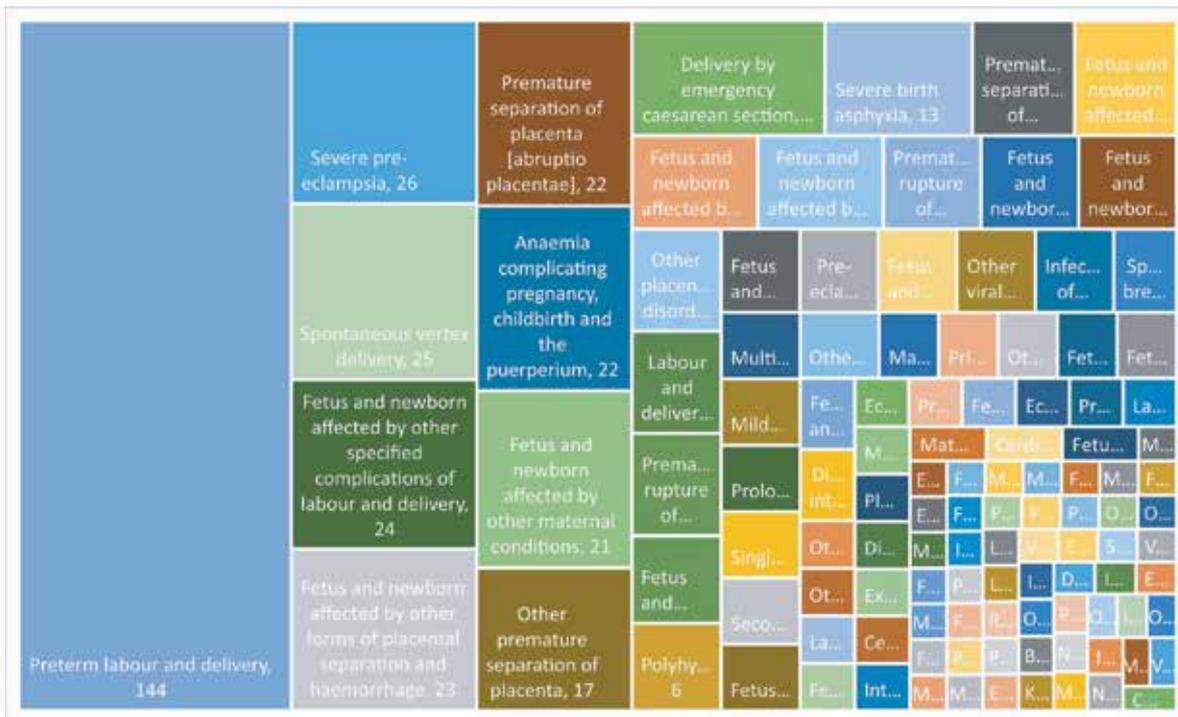
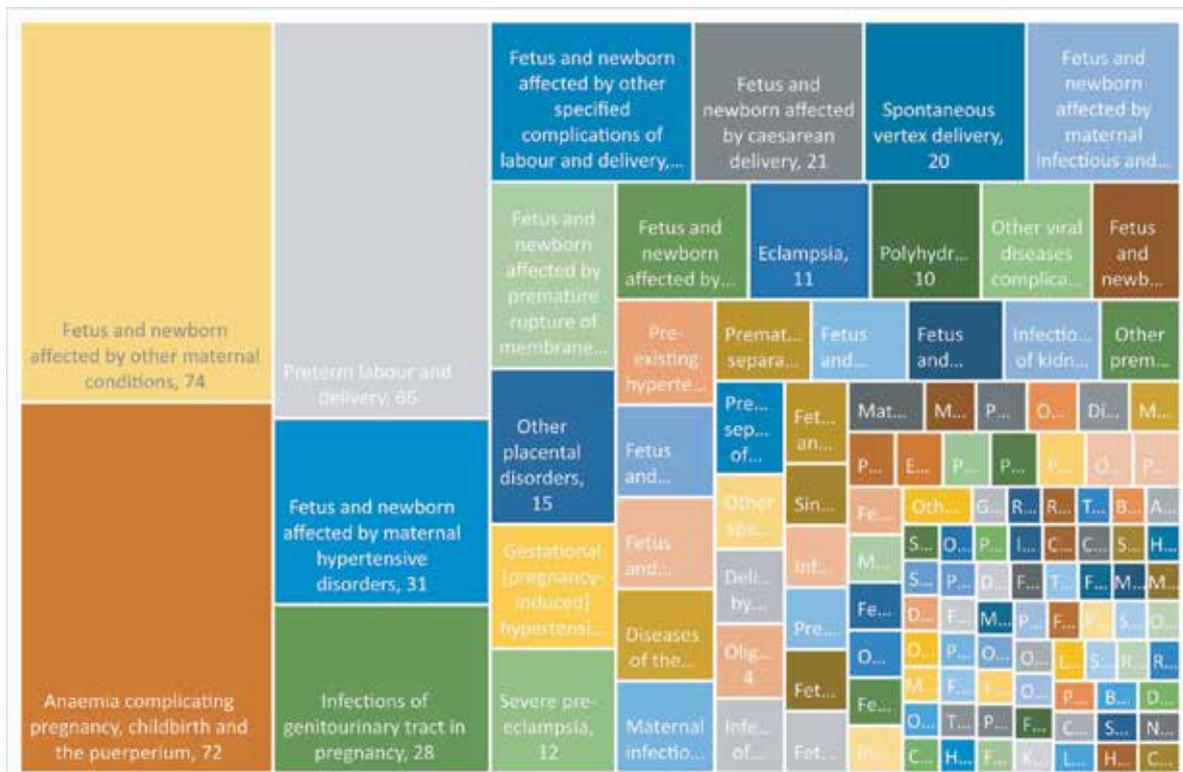


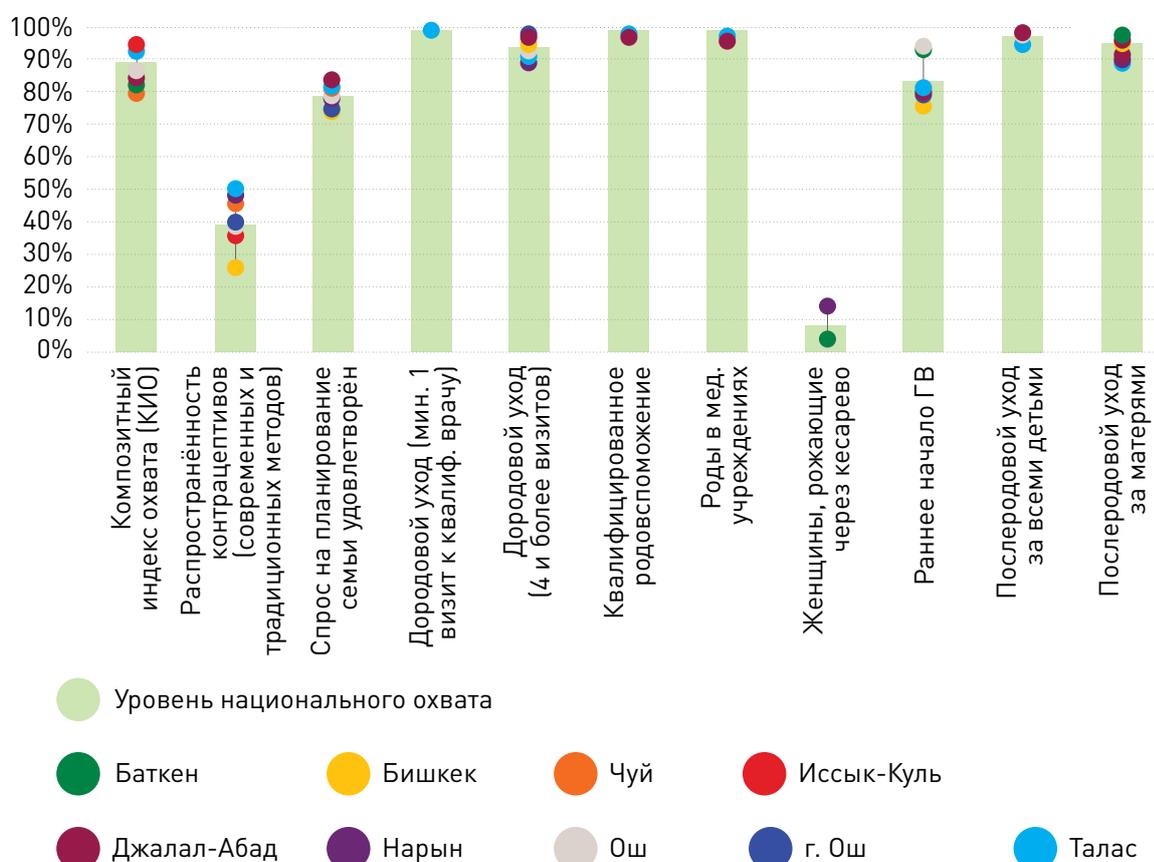
График 31: Главные заболевания матерей, чьи дети умерли от инфекций в неонатальном периоде



3. Охват вмешательствами и изменения

По оценкам охвата из МИКО 2018 г., предполагается, что 100% женщин в Кыргызстане посещают врача минимум один раз в дородовый период, а 95% посещают его 4 или более раз. Таким же образом, оценки высокого охвата были получены по доступности квалифицированной акушерки при родах и пропорции родов в медучреждениях. Эта динамика не является последовательной в разрезе всей страны, однако, при расчётах использования контрацептивов, показатель которого составил лишь 40% на национальном уровне, варьируясь от 51% в Таласе до всего лишь 26% в Джалал-Абаде (График 32). Помимо распространённости использования противозачаточных средств, было выявлено мало фактов, указывающих на неравенство относительно доступа к широкому диапазону медицинских услуг.

График 32: Охват услугами по охране здоровья матери и новорожденного по областям, на основе МИКО 2018 г.



Начиная с 2014 г. до 2018 г., процент женщин, посещающих врача минимум 4 раза в дородовый период, оставался высоким на национальном уровне (График 34а). Однако, в Джалал-Абаде, Чуйской области и Бишкеке, отмечается небольшое снижение уровня посещений за этот период (График 33а). Схожая тенденция наблюдается относительно родов в медучреждениях, где были небольшие изменения на национальном уровне между 2014 и 2018 гг. (График 34а), и небольшое снижение показателей в Джалал-Абаде (График 33б). Процент женщин, получающих послеродовую помощь, сократился между 2014 и 2018 гг. (График 34а) и это сокращение наблюдалось во всех областях, а самое большое сокращение процента было в Таласе (График 33в). Использование контрацептивных средств снизилось с 2014 г. (График 34а) и самое большое снижение было отмечено в Баткене (График 33г).

График 33а: Годовое процентное изменение в числе женщин, посещающих врача минимум 4 раза в дородовый период между МИКО 2014 г. и МИКО 2018г.

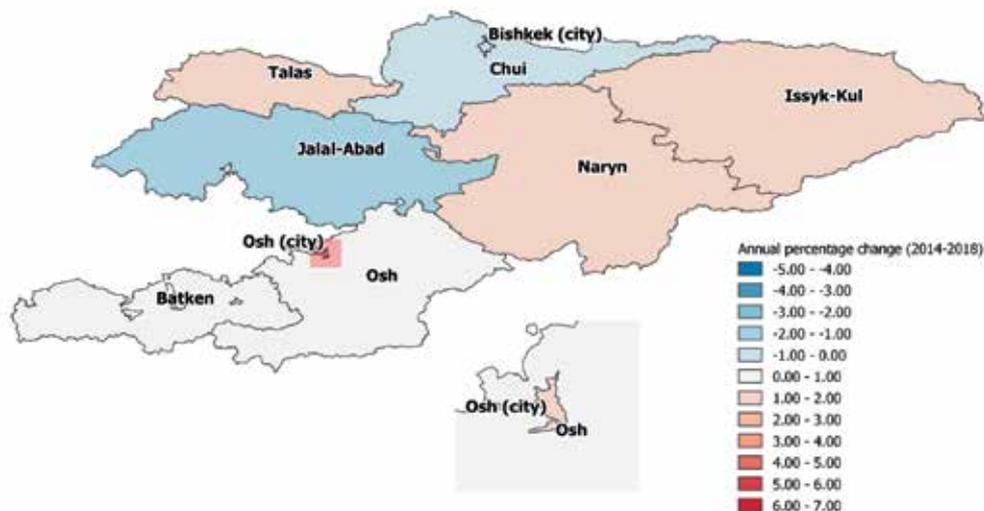


График 33б: Годовое процентное изменение в родах, принятых в медучреждениях между МИКО 2014г. и МИКО 2018г.

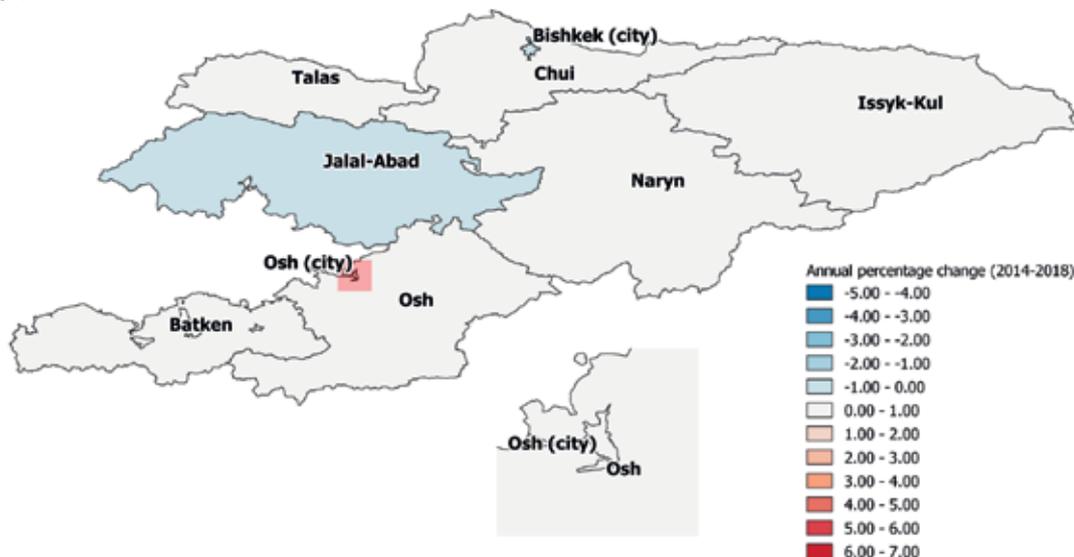


График 33в: Годовое процентное изменение в пропорции женщин, получающих послеродовую помощь между МИКО 2014 г. и МИКО 2018 г.

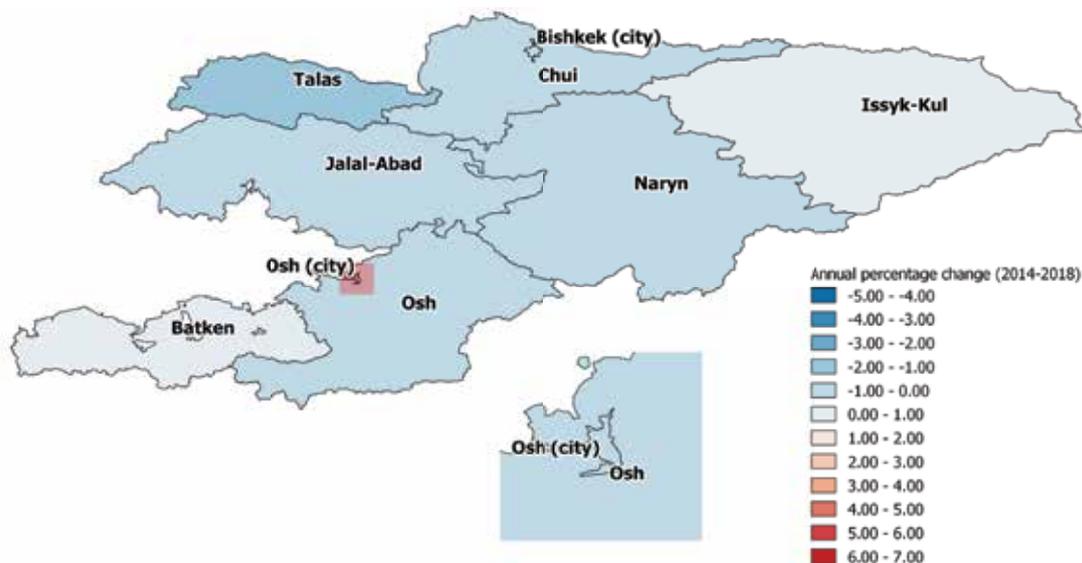


График 33г: Годовое процентное изменение в использовании средств контрацепции между МИКО 2014 г. и МИКО 2018 г.

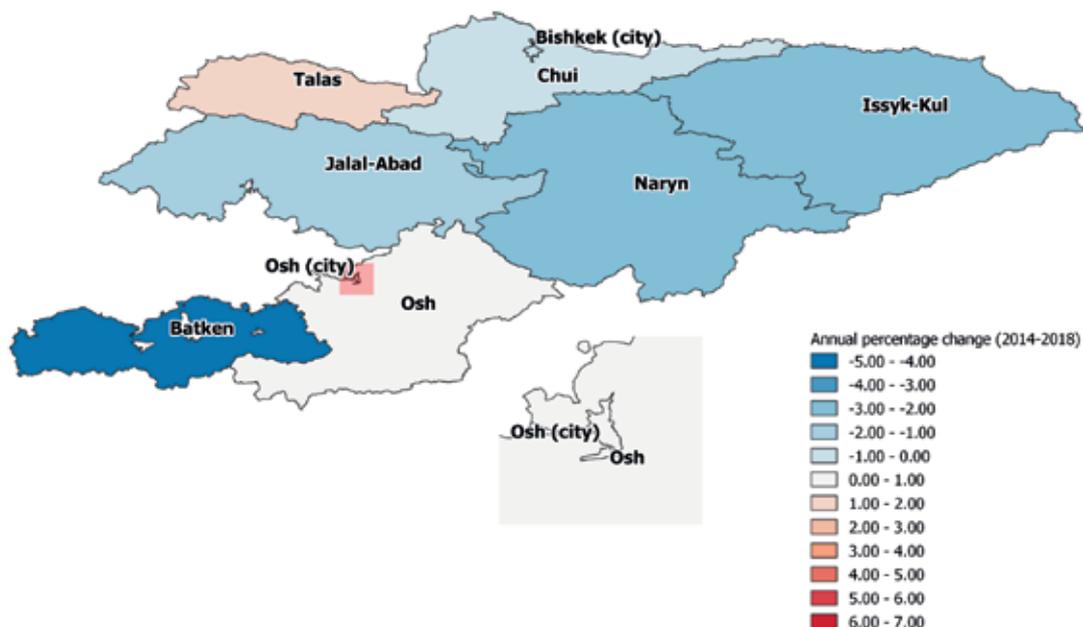


График 34а: Сравнение охвата вмешательствами по охране здоровья матери и новорожденного по квинтилям благосостояния, ОДЗ 1997 г. по сравнению с МИКО 2014 г. и МИКО 2018 г.

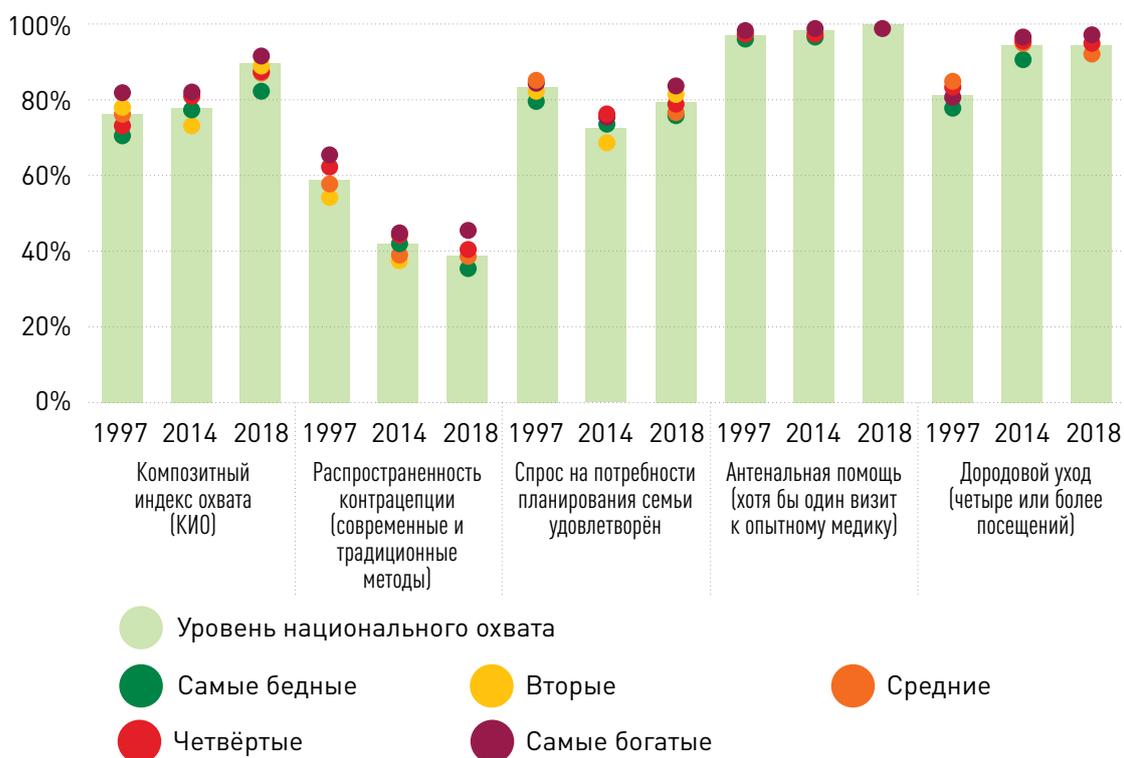
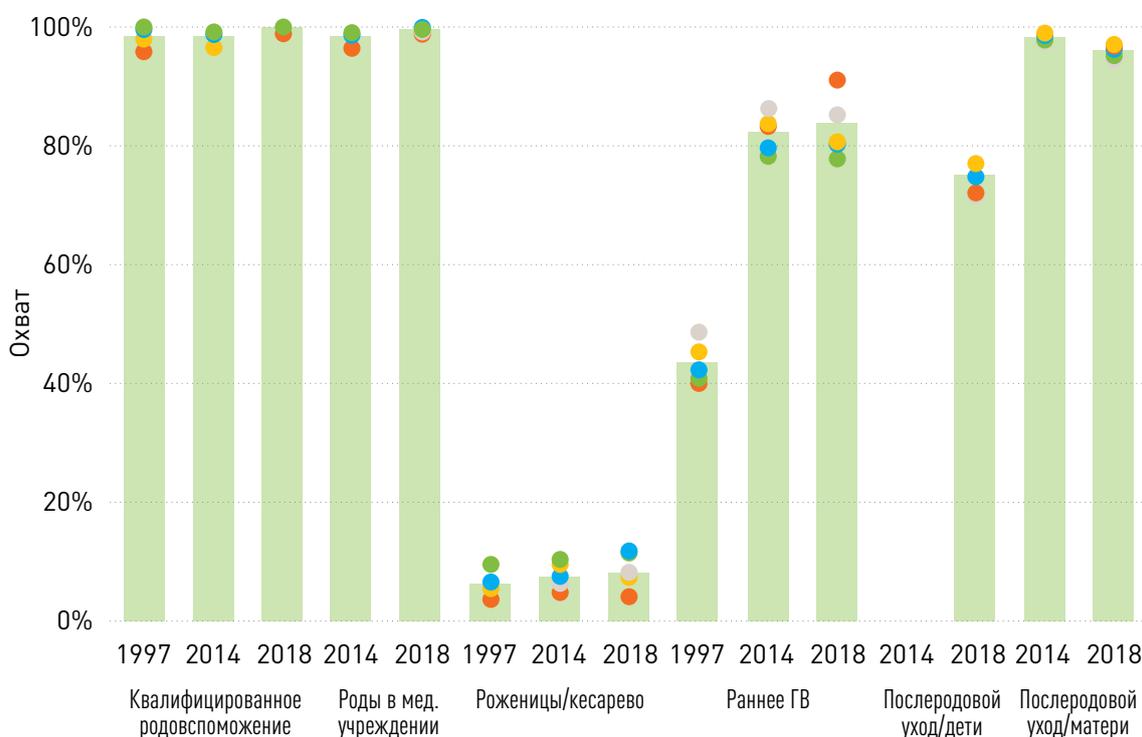


График 346: Сравнение охвата вмешательствами по охране здоровья матери и новорожденного по квинтилям благосостояния, 1997 г. по сравнению с 2014 г. и 2018г.

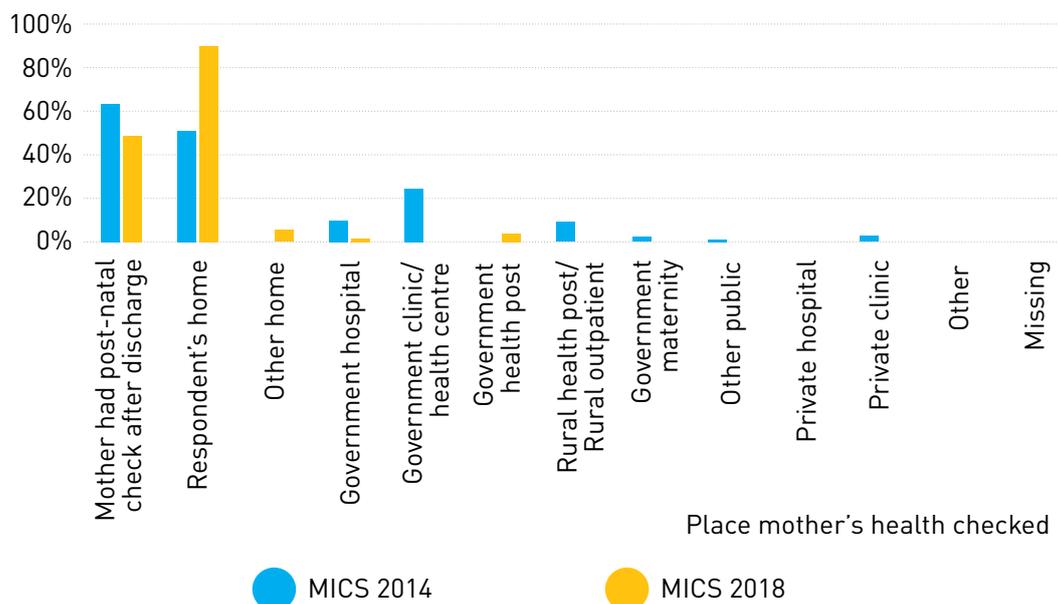


Процент женщин, посетивших врача минимум один раз в дородовой период, новорожденные, появившиеся на свет с помощью квалифицированных акушерок, роды в медучреждениях, и матери, получающие послеродовой уход, был последовательно выше 90% по всем областям в 2018 г. (Приложение, Графики 10, 11, 14, 16). Пропорция женщин, кормящих грудью своих новорожденных детей в течении первого часа после рождения, была в основном высокой в стране, хотя охват в Чуйской области был немного ниже, чем в других регионах страны (Приложение, График 12). Таким же образом, хотя процент женщин, чьи потребности в планировании семьи были в целом схожими по всей стране, в Баткене был немного более низкий охват, чем в других областях (Приложение, График 13). И в заключении, процент родов, принятых с помощью кесарева сечения в Кыргызстане, является довольно низким, и отмечаются некоторые неравенства по стране (Приложение, График 15).

Доля женщин, проходящих послеродовые медицинские осмотры после выписки из медицинских учреждений, снизилась с 64% в 2014 году до 49% в 2018 году. Однако гораздо большую долю женщин, которые прошли послеродовые проверки в 2018 году, посетили врачи на дому (90%) по сравнению с женщинами в 2014 году (51%) (График 35).



График 35. Процентная доля матерей, проходящих послеродовые осмотры после выписки из медицинского учреждения и место проведения осмотров



4. Качество ухода

На глобальном уровне, несмотря на увеличение числа родов, принимаемых в медучреждениях, показатели материнской смертности и смертности новорождённых всё еще вызывают обеспокоенность из-за несоответствующего качества услуг [90]. ВОЗ стремится к построению будущего, в котором «каждая беременная женщина и каждый новорожденный в мире будут получать качественную помощь на всем протяжении беременности, родов и послеродового периода». Для достижения этой цели, ВОЗ определила «качество помощи» и подготовила рамочную программу с восемью аспектами и шестью стратегическими сферами для улучшения качества медицинской помощи для матерей и новорожденных.

Восемь аспектов качества медицинской помощи, которые должны быть оценены, улучшены и проконтролированы, включают:

1. Каждой женщине и новорожденному предоставляются стандартные и научно обоснованные уход и медицинская помощь в случае осложнений во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода согласно руководствам ВОЗ;
2. Система информации по вопросам здравоохранения позволяет использовать данные в целях принятия заблаговременных и надлежащих мер по повышению качества медицинской помощи, оказываемой всем женщинам и новорожденным;
3. В случае обнаружения заболевания, которое не поддается лечению с помощью имеющихся ресурсов, женщины и новорожденные переводятся в медицинское учреждение соответствующего профиля;
4. Взаимодействие с женщинами и их семьями носит эффективный характер и учитывает их потребности и предпочтения;
5. Оказание медицинской помощи женщинам и новорожденным носит уважительный характер и предусматривает защиту их достоинства;

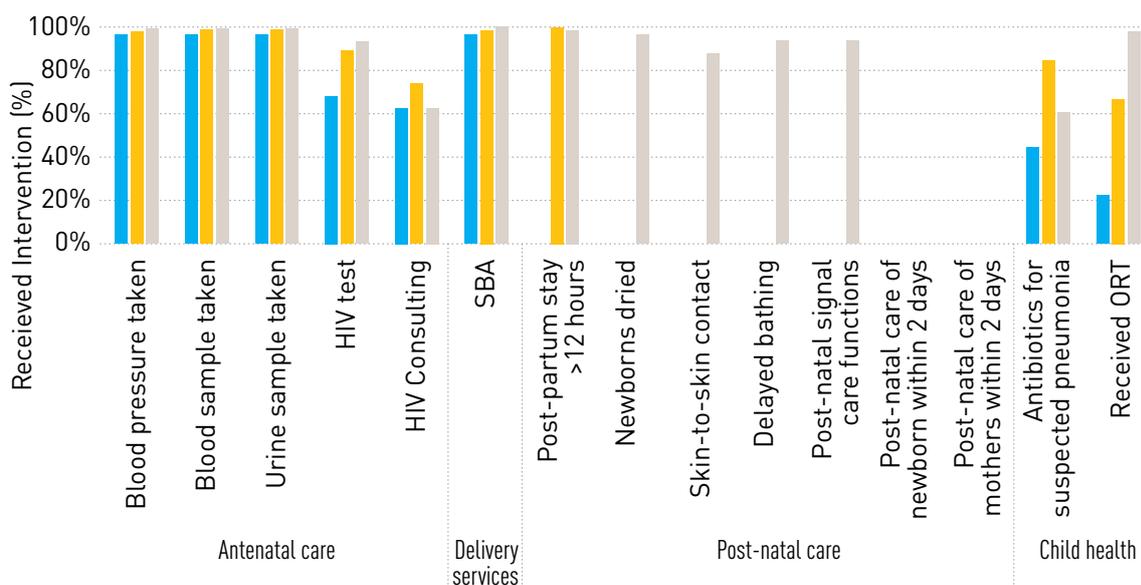
6. Всем женщинам и членам их семей оказывается необходимая эмоциональная поддержка, учитывающая их потребности и направленная на расширение прав и возможностей женщин;
7. Всем женщинам и новорожденным на постоянной основе предоставляются услуги компетентных и заинтересованных специалистов, обеспечивающих медицинскую помощь и лечение осложнений;
8. В медицинском учреждении имеется надлежащая физическая инфраструктура, в том числе полноценные системы водо-, энергоснабжения и санитарии, а также лекарственные средства, расходные материалы и оборудование, необходимые для проведения стандартных процедур медицинской помощи для матерей и новорожденных, и лечения осложнений.

Шесть стратегических направлений работы включают в себя клинические руководства, стандарты медицинской помощи, эффективные стратегии вмешательства, меры по качественному уходу, соответствующие исследования и повышение потенциала [90].

Были использованы МИКО за 2005/06, 2014 и 2018 годы для изучения качества помощи, используя рамочные программы ВОЗ и программы Комиссии журнала «Ланцет» по глобальному управлению в области здоровья для сравнения тенденций и неравенств. С 2005/06 по 2018 годы, качество медицинской помощи улучшилось относительно дородовой помощи, услуг по родовспоможению, и охране здоровья детей, в то время как послеродовая помощь осталась неизменной (График 36). Во время визитов к врачу для дородового наблюдения, почти у всех женщин, с 2005/06 годы измерялось кровяное давление, брались анализы крови и мочи. Однако, тесты на ВИЧ были менее распространены, и менее 70% женщин проверялись на ВИЧ во время дородового наблюдения в 2005/06 годы, но ситуация значительно улучшилась до примерно 90% в 2014 г. Консультирование по ВИЧ во время визитов по дородовому наблюдению увеличилось на 10% между 2005/06 и 2014 годами, но снова вернулось к 63% в 2018 году. Почти у всех женщин присутствовала на родах квалифицированная акушерка, с 2005/06 г. (97.6%). Послеродовые индикаторы, которые измерялись до 2018 г., включают послеродовое пребывание в медучреждении больше 12 часов, постнатальный уход за новорожденными в течении 2 дней и послеродовой осмотр матерей в течении 2 дней. Хотя уровень послеродового пребывания в медучреждении больше 12 часов является высоким (>98%), последние 2 индикатора являются менее распространенными и достигали меньше 1% между 2014-2018 гг. Назначение антибиотиков в случаях подозрения на пневмонию у детей, увеличилось на 40% с 2005/06 гг. до 85% в 2014 г., но снизилось до 61% в 2018 г. Число детей, получающих ОРС (оральную регидратационную соль) с повышенным содержанием жидкости для лечения диареи, устойчиво повышалось с 22,3% до 67% до 98% в 2018 г.

Неравенства по месту проживания, квинтилю индекса благосостояния, региону, образованию матерей, и родному языку глав домохозяйств, были изучены в 2018 г. (Приложение, Графики 16-20). Неравенства были отмечены в услугах по охране здоровья детей, в частности, относительно назначения антибиотиков для лечения пневмонии. Дети, проживающие в сельской местности, принадлежат к квинтильным домохозяйствам со средним или низким достатком, живущим в Чуйской, Джалал-Абадской или Нарынской областях, чьи матери имели уровень образования ниже профессионального уровня, и у кого родной язык у главы домохозяйства был кыргызский язык, имели наименьшие шансы, что им пропишут антибиотики для лечения пневмонии. Что касается консультирования по ВИЧ, у матерей, проживающих в сельских регионах, и живущих в Баткене, на Иссык-Куле или в Оше, и матери из самых бедных квинтилей благосостояния, имели больше шансов на получение консультации по ВИЧ во время визитов к врачу по дородовому наблюдению. И последнее, отмечалась незначительная разница в контакте «кожа-к-коже» между матерью и новорожденным ребенком при послеродовом уходе, и дети проживающие в Бишкеке, Чуйской области или Нарыне, или у кого родной язык у главы домохозяйства был русский язык, имели меньше всего шансов на получение ухода «кожа-к-коже».

График 36: Качество медицинской помощи, 2005-2018 гг.



і. Смертность и причины смерти по уровню медучреждений

В Кыргызстане функционирует региональная модель здравоохранения, при которой применяется модель ступенчатой системы оказания перинатальной/неонатальной медицинской помощи [91]. На уровнях первичной медицинской помощи имеются родильные отделения в территориальных больницах. Вторичный уровень медицинской помощи представлен родильными отделениями в областных объединенных больницах, городскими родильными домами, которые имеют условия для интенсивной терапии для новорожденных, кроме реанимации новорожденных, тогда как третичный уровень медицинской помощи должен обеспечивать самый лучший уход за новорожденными и который существует только в городах Бишкек и Ош (График 37).

Недоношенные маленькие для гестационного возраста (МГВ) и соответствующие гестационному возрасту (СГВ) новорожденные составляют свыше 11,4% от рождений в медучреждениях третичного уровня по сравнению с 8,6% в учреждениях вторичного звена и только 2,6% в учреждениях первичного звена (График 38). Эти две группы систематически составляли большинство неонатальных смертей среди первичного уровня (56,2%), вторичного уровня (82,2%) и третичного уровня медучреждений (84,5%) (График 39). Показатели неонатальной смертности в учреждениях третичного уровня здравоохранения были в два раза выше среднего национального показателя (График 40а) и были систематически выше, чем в учреждениях другого звена, в независимости от категории гестационного возраста к весу (График 40б). Это можно было бы интерпретировать как первоначальные результаты, полученные после введения в действие системы перенаправления случаев осложненной беременности или осложнений у новорожденных в Кыргызстане.

График 37: Число зарегистрированных рождений по областям и уровням медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)

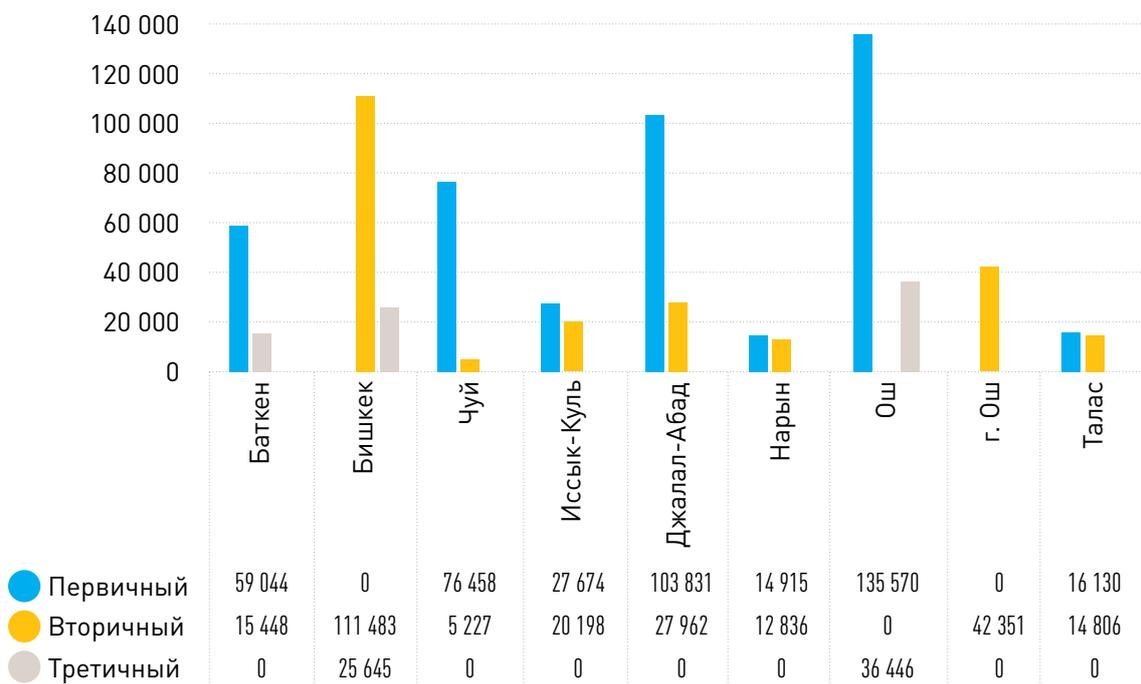


График 38: Разбивка рождений по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)

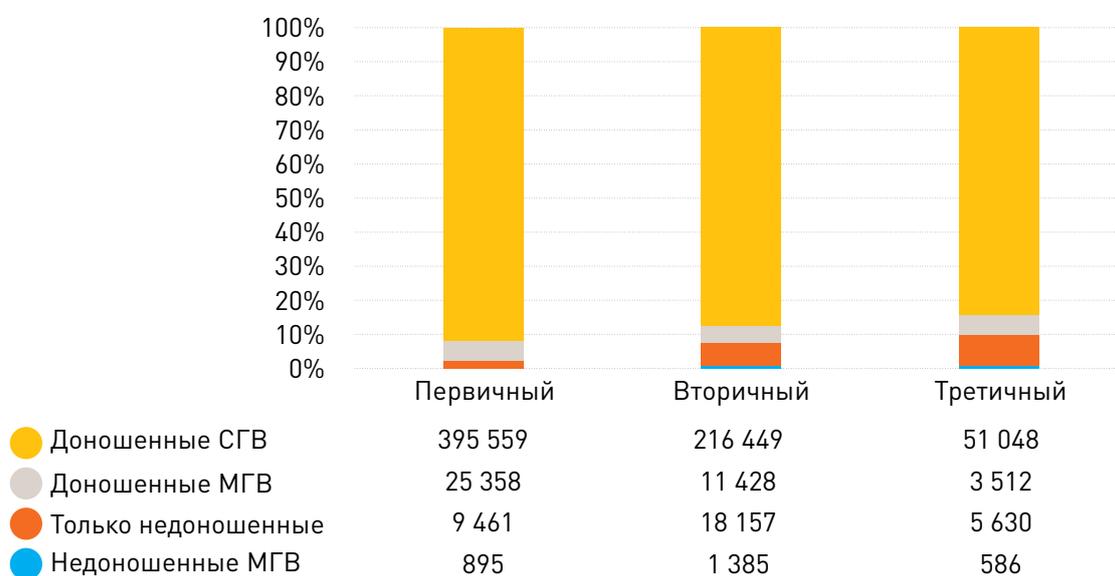


Рисунок 39: Разбивка неонатальных смертей по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)

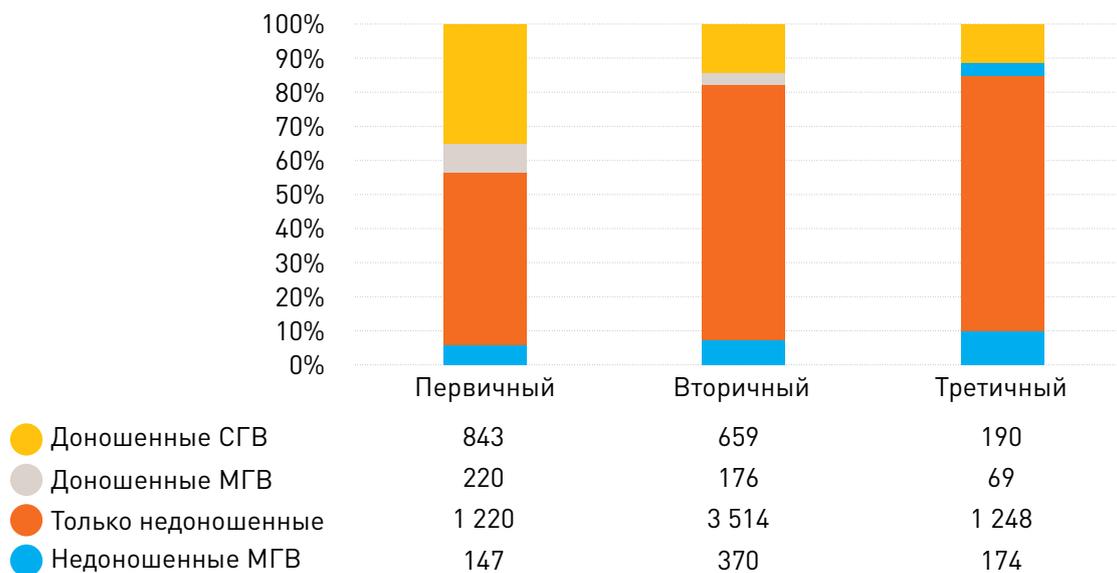


График 40а: Показатель неонатальной смертности на 1,000 живорождений по уровням медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)

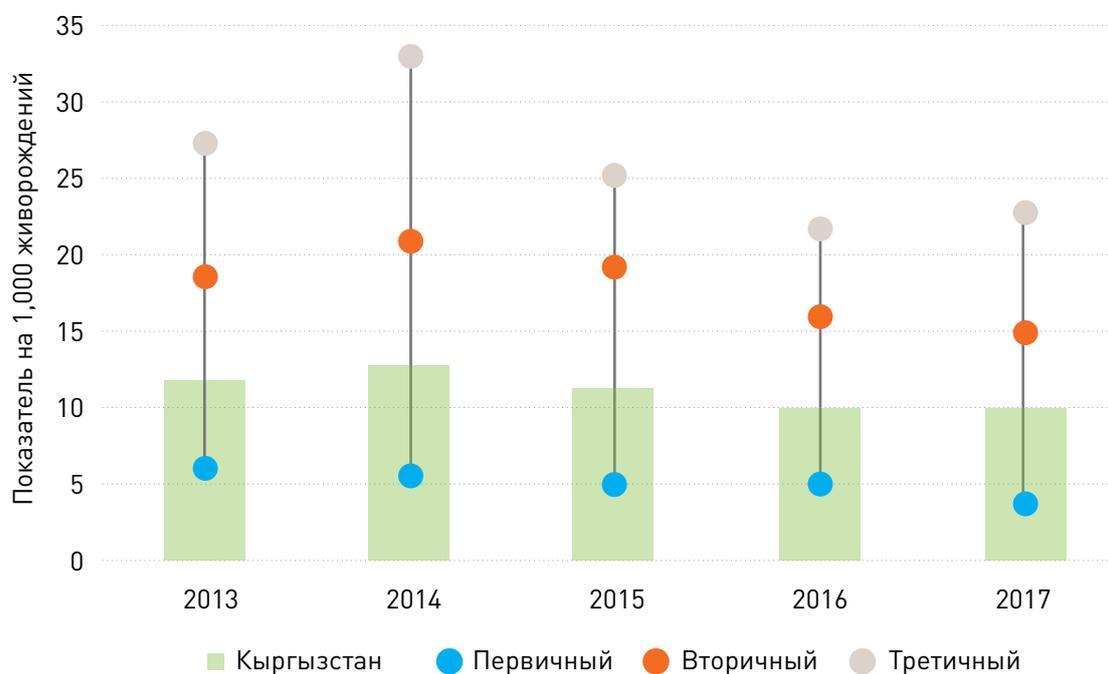
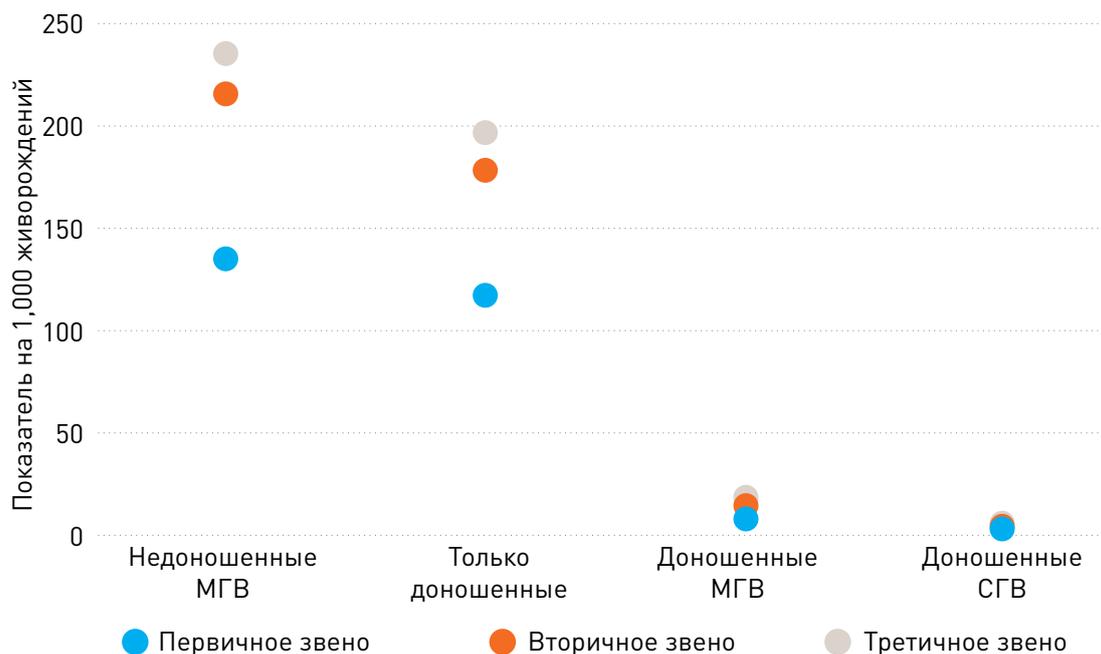


График 40б: Разбивка неонатальной смертности на 1,000 живорождений по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)



В медучреждениях первичного уровня, большинство неонатальных смертей, вызванных асфиксией, отмечались среди доношенных соответствующих гестационному возрасту новорождённых (СГВ) (53,2%), в то время как в учреждениях вторичного и третичного уровня, большинство составляли недоношенные соответствующие гестационному возрасту новорождённые (СГВ) (67,5% и 80,2%, соответственно) (График 41). Подавляющее большинство смертей от гипоксии зарегистрировано в учреждениях первичного звена (77,8%), и 57,1% из них были среди недоношенных соответствующих гестационному возрасту новорождённых (СГВ) (График 42). В учреждениях вторичного уровня, большинство случаев смертности было связано с инфекциями (59,1%). В учреждениях первичного звена, инфекции в качестве причины смерти, была самой распространенной среди доношенных соответствующих гестационному возрасту новорождённых (СГВ), тогда как в учреждениях вторичного и третичного уровня, большинство смертей отмечалось среди недоношенных соответствующих гестационному возрасту новорождённых (СГВ) (График 43).

График 41: Разбивка смертей от асфиксии по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)

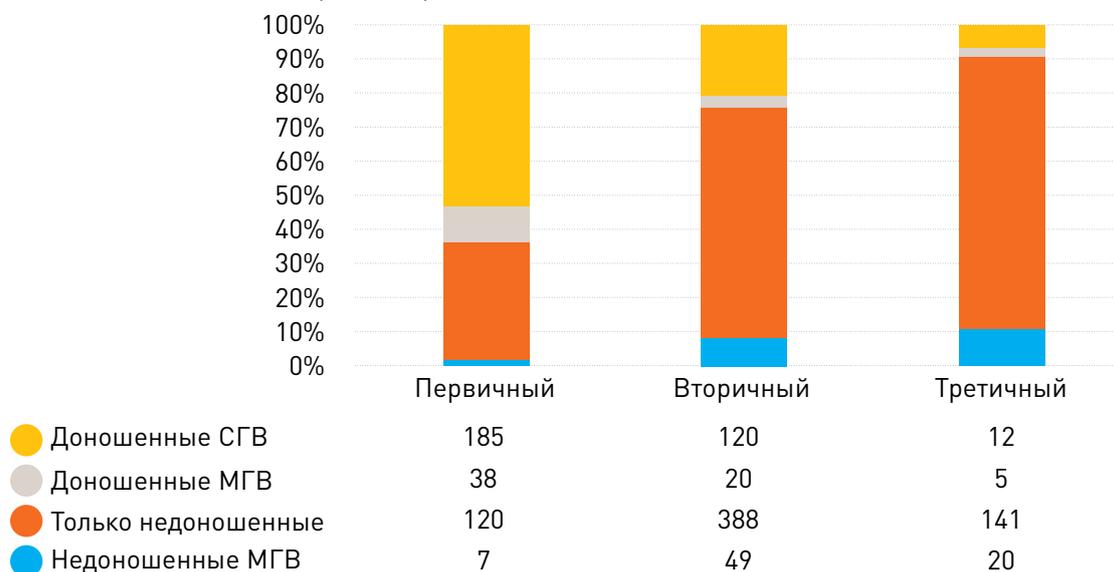


График 42: Разбивка смертей от гипоксии по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)

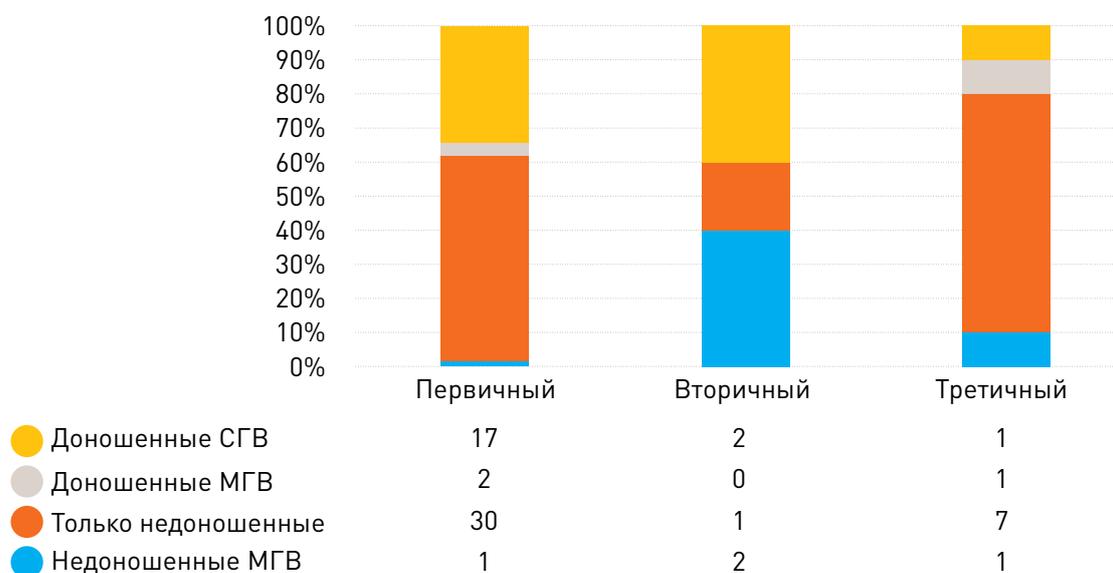
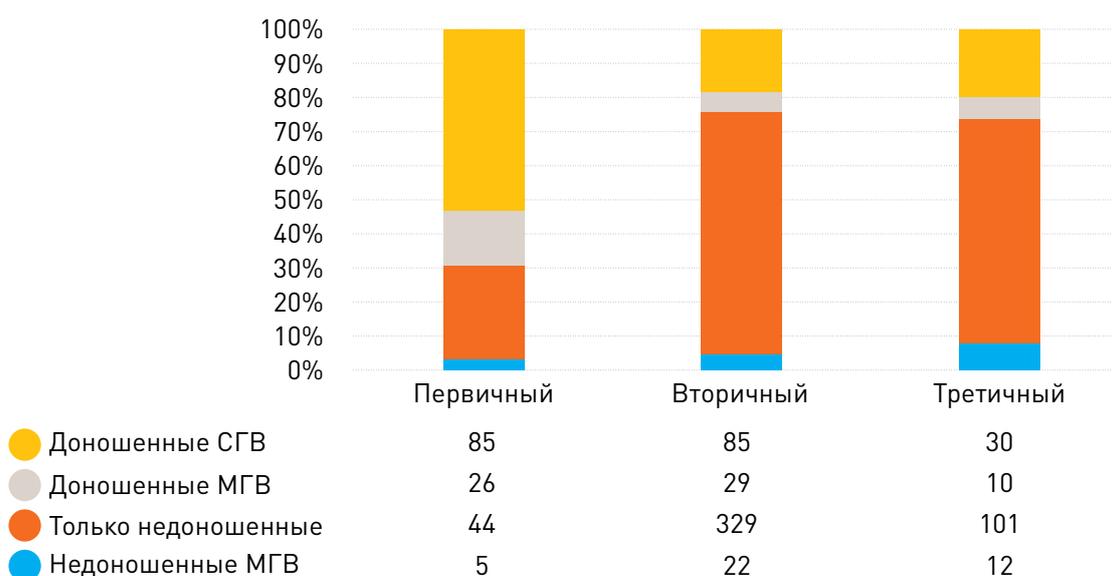


График 43: Разбивка смертей от инфекции по категории гестационного возраста к весу и уровню медучреждений (данные «Регистра новорожденных»)



5. Декомпозиционный анализ

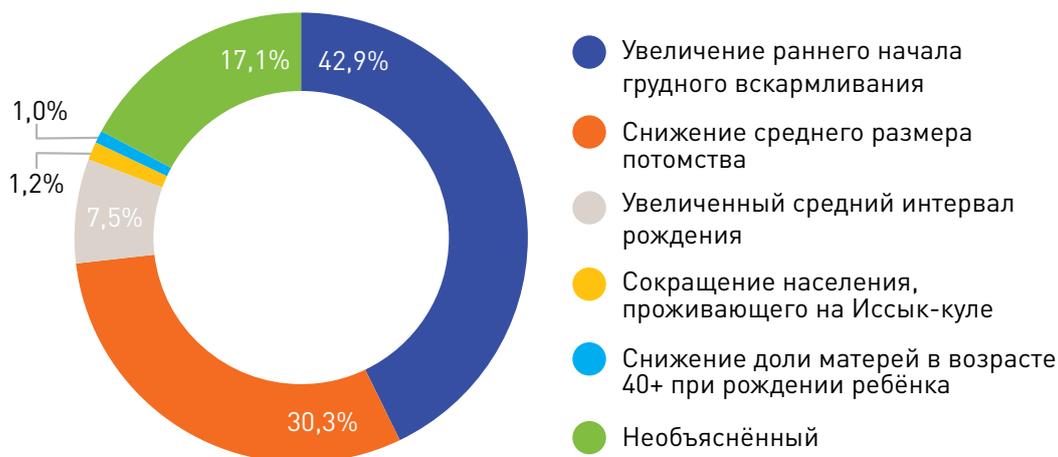
В период между 1997 и 2018 гг., показатель неонатальной смертности в Кыргызстане снизился с 32 до 13 на 1,000 живорождений, спад достиг 59%. Мы провели декомпозиционный анализ (как описано в части о методах, Глава 2 данного отчета), чтобы понять экологические факторы, способствующие снижению неонатальной смертности в Кыргызстане, и их относительную важность.

Почти половина (42.9%) уровня спада в ПНС относится к значительному увеличению между 1997 и 2018 гг. относительно пропорции матерей, кормящих грудью своих новорожденных детей в течении первого часа после рождения, за чем следует общее снижение в уменьшении среднего числа детей, которые есть у каждой женщины (т.е. размер потомства) (30,3%). В совокупности социально-демографические переменные, сохраненные в окончательной модели, объясняют 83% наблюдаемого снижения неонатальной смертности, причем приблизительно 17% остаются необъясненными (График 44).

Таблица 5: Факторы, связанные со спадом в ПНС (показателе неонатальной смертности) в Кыргызстане, МИКО 2018 г. и ОДЗ 1997г.

Indicators	Proportions		Change in proportions	Model (2018)		NMR by change in proportions	
	1997	2018	2018-1997	Coef.	p-value	2018-1997	
PROXIMAL							
Birth order (ref: First birth)							
Second	0.2708	0.2892	0.0184	0.057944	0.892		
Third	0.1945	0.1799	-0.0146	-0.2711	0.620		
Fourth+	0.2419	0.1529	-0.0890	-1.3688	0.051	0.1218	
Child sex (ref: Male)							
Female	0.4972	0.4911	-0.0061	-0.6477	0.020	0.0040	
Mother's age birth (ref: 20-29)							
<20	0.0942	0.0681	-0.0261	0.546675	0.193		
30-39	0.2628	0.1845	-0.0783	0.511395	0.275		
40+	0.0164	0.0125	-0.0039	2.472771	0.020	-0.0096	
Birth interval							
Mean	23.21467	28.76872	5.55405	-0.0133	0.147	-0.0737	
Parity							
Mean	4.418517	3.613718	-0.804799	0.3720	<0.001	-0.2994	
						SUM	-0.2569
						exp(sum)=rel.risk	0.7734
INTERMEDIATE							
Household size (ref: Less than 7 people)							
7+ people	0.4690	0.4552	-0.0138	-0.4608	0.098	0.0064	
Early initiation of breastfeeding (ref: Yes)							
No	0.5873	0.1492	-0.4381	0.967057	0.001	-0.4237	
						SUM	-0.4173
						exp(sum)=rel.risk	0.6588
DISTAL							
Oblast (ref: Osh)							
Bishkek	0.0693	0.1313	0.0620	0.420359	0.407		
Chui	0.1656	0.1378	-0.0278	-0.0812	0.880		
Issyk-Kul	0.0872	0.0697	-0.0175	0.6710	0.104	-0.0117	
Jalal-Abad	0.1968	0.205	0.0082	0.991856	0.017	0.0081	
Naryn	0.0667	0.0443	-0.0224	0.388315	0.451		
Talas	0.0289	0.0568	0.0279	0.335344	0.543		
						SUM	-0.0036
						exp(sum)=rel.risk	0.9964
						SUM	-0.6778
						exp(sum)=rel.risk	0.5077

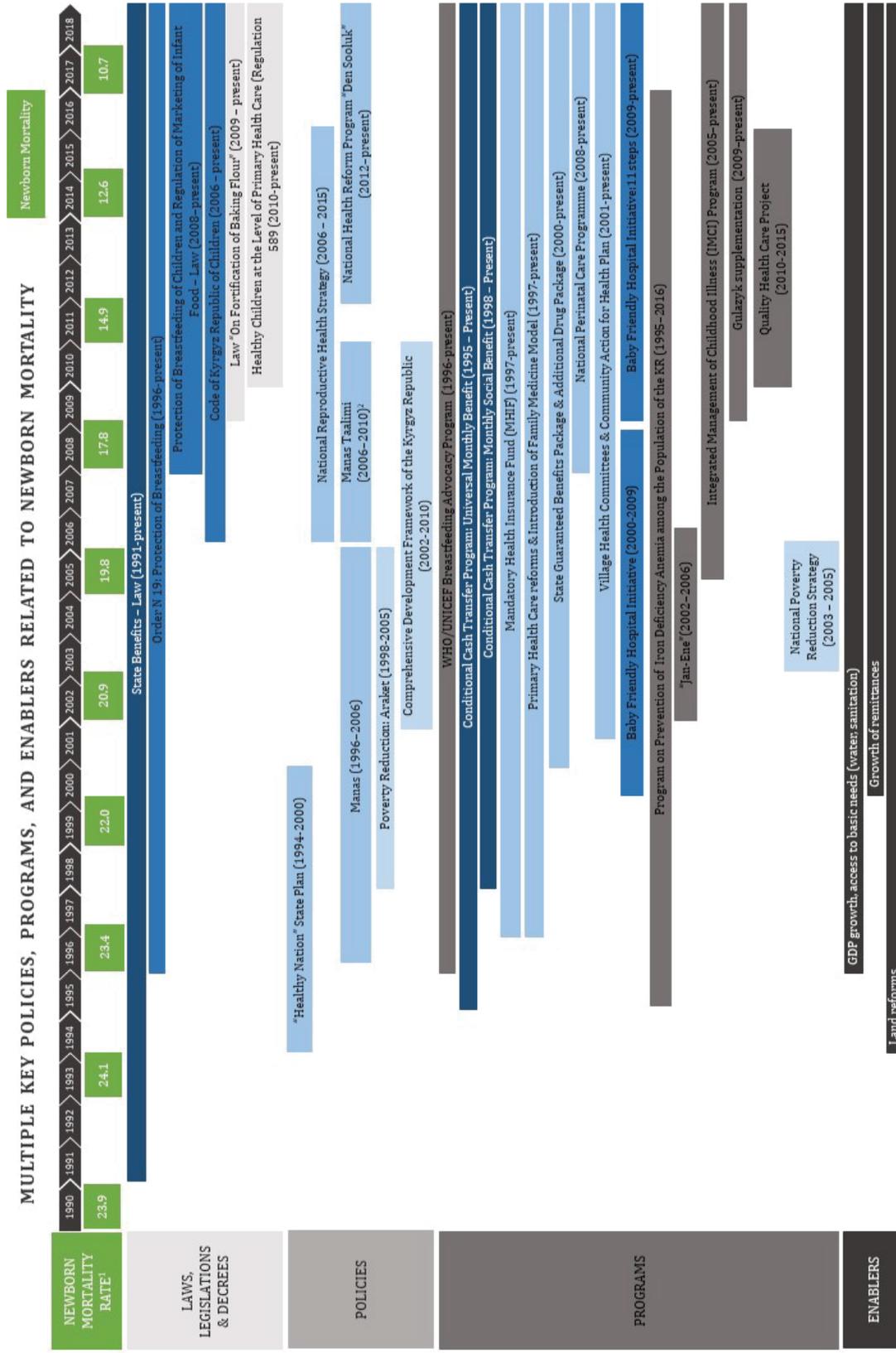
График 44: Относительный вклад каждого фактора в рассчитанное снижение показателей неонатальной смертности (ОДЗ 1997 г. и МИКО 2018 г.)



6. Анализ пробелов в политике/программе и во вмешательствах

Мы провели всесторонний обзор ряда национальных политик и программ в Кыргызстане, чтобы помочь понять потенциальное значение и сроки этих политик и их реализацию с наблюдаемыми тенденциями неонатальной смертности. На Рисунке 46 представлен обзор законов, политики, программ и механизмов, связанных со смертностью новорожденных в Кыргызстане за период с 1990 по 2018 гг., а более подробная информация представлена в разделе ниже.

График 45: Обзор законов, политик, программ и стимулов, касающихся неонатальной смертности в Кыргызстане с 1990-2018 гг.



¹ Estimates obtained from Unicef Global Databases

² Policy ended in 2010, but was implemented until Den Sooluk



Государственные пособия – Закон (1991 г. – настоящее время)

Это закон нацелен на снижение уровня бедности среди чрезвычайно малообеспеченных слоев населения, семей, ухаживающих за детьми с инвалидностью, сирот и пожилых граждан. Это закон способствовал созданию двух программ денежных компенсаций: Единое ежемесячное пособие (ЕЕП) и Ежемесячное социальное пособие (ЕСП). ЕЕП было внедрено в 1991г. и фокусировалось на семьях с низким уровнем доходов и имеющих детей в возрасте <16 лет, или <21 года, если они учились в школе. ЕСП было внедрено в 1998г. и было предназначено для людей с инвалидностью, пожилых людей, сирот и детей, рожденных от матерей с ВИЧ [92–94].

Постановление № 19: Защита грудного вскармливания (1996 г. – настоящее время)

Разработанный благодаря информационно-разъяснительной кампании ЮНИСЕФ/ВОЗ, этот закон был внедрен для улучшения практик грудного вскармливания через увеличение пропорции матерей, которые кормят своих детей грудью. Он также призван улучшить перинатальный уход. Перед медицинскими работниками первичного звена была поставлена задача по распространению информации о грудном вскармливании в сообществе, с фокусом на беременных женщин и женщин репродуктивного возраста. Важность грудного вскармливания была подчеркнута, и была предоставлена информация о раннем начале грудного вскармливания и времени и длительности грудного вскармливания [95].

Защита грудного вскармливания детей и регулирование маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей (2008 г. – настоящее время)

Целью настоящего Закона является пропаганда грудного вскармливания детей через регулирование маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей. До этого закона, медицинские работники пропагандировали продажу заменителей грудного молока, которые сейчас подпадают под строгие требования маркировки и на этикетках обозначенных продуктов не должно быть фотографий, рисунков или других графических изображений, предназначенных для каких-либо иных целей, кроме ознакомления со способами их приготовления. Заменители грудного молока также должны указывать преимущества грудного вскармливания. Технический регламент этого закона был внедрен в 2012 г., и остается действующим [96]. Этот закон привел к включению 11-го принципа грудного вскармливания в БДОР – больницы доброжелательного отношения к ребенку, предотвращая использование заменителей грудного молока, и техник искусственного вскармливания детей.

Кодекс Кыргызской Республики о детях (2006 г. – настоящее время)

Кодекс Кыргызской Республики о детях устанавливает основные гарантии прав, свобод и законных интересов детей, включая обеспечение права детей на медицинскую помощь и описывает обязанности государственных органов в области здравоохранения. Кодекс обязывает государственные органы в области здравоохранения предпринимать меры по охране здоровья детей через медицинское наблюдение за здоровьем новорожденных, и снижению уровня детской и младенческой смертности, предоставлению матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды и предоставлению информации родителям о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене и санитарии среды обитания ребенка [97].

Закон об обогащении муки хлебопекарной- (2009 г. – настоящее время)

Закон обеспечивает обогащение муки витаминами B1, B2, B3, фолиевой кислотой и минеральной добавкой, железом, цинком, с целью сокращения дефицита питательных микроэлементов. Технический регламент был внедрен в 2012 г., который регулирует требования к упаковке и маркировке, требования к безопасности и хранению муки и ее транспортировке [98,99].

Наблюдение здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения (Положение 589) (2010 г. – настоящее время)

Впервые изданное в 2010 г. и пересмотренное в 2015 г., это положение включает классификацию периодов детского возраста, наблюдение за здоровыми детьми от 0 до 17 лет, оценку развития детей

от 0 до 6 лет и инструкцию по грудному вскармливанию и дополнительного прикорма детей первых двух лет жизни. Основной целью этого положения является оценка статуса питания ребенка в качестве превентивной меры для обеспечения крепкого здоровья [100].

ii. Политики

Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения (2006-2015 гг.)

Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения в Кыргызстане нацелена на обеспечение реализации репродуктивных прав, и улучшение репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики. Приоритетами стратегии являются безопасное материнство, репродуктивный выбор, репродуктивное здоровье подростков, рак органов репродуктивной системы, предотвращение насилия, и борьба с ЗППП и ВИЧ [101]. Областные координационные советы по репродуктивному здоровью были созданы в качестве средства для решения проблем, касающихся вопросов охраны здоровья, включая повышение осведомленности о сексуальном репродуктивном здоровье, ВИЧ, ЗППП, и контрацепции [102]. Основной фокус этой стратегии направлен на обеспечение соблюдения прав человека, гендерного равенства и социального равноправия услуг для социально уязвимых групп населения [5].

Государственная программа «Здоровая Нация» (1994 – 1999 гг.)

Государственная программа «Здоровая Нация» была первой политикой здравоохранения Кыргызстана и привела к реализации всесторонней реформы системы здравоохранения. Система здравоохранения была сокращена с прежних объемов существовавших в советское время, так как она оказалась экономически недоступной для нового независимого Кыргызского государства. Целью Программы являлось создание условий для физического и духовного развития и основ для формирования здорового образа жизни народа Кыргызстана. Цели программы включали стабилизацию и улучшение показателей заболеваемости туберкулезом, инвалидности, смертности детей до 5 лет и материнской смертности. Эта программа дала старт реформированию системы первичного уровня здравоохранения и, в конечном счете, разработке программы «Манас» [103, 104].

Программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики “Манас” (1996 – 2006 гг.)

Программа «Манас» способствовала реформе системы здравоохранения с целью усиления системы первичного звена здравоохранения, разработки семейной медицины и реструктуризации больничного сектора. Эта программа улучшила предоставление лекарственных средств, качество программ по охране здоровья матери и ребенка, лечения сердечно-сосудистых заболеваний, туберкулеза, и ВИЧ/СПИДа. Финансирование здравоохранения было улучшено, и были введены методы оплаты, основанные на результатах. «Манас» стала международной признанной моделью финансирования здравоохранения. [9, 105-108].

Национальная программа преодоления бедности “Аракет” (1998 – 2005 гг.)

Эта программа стала первой попыткой Правительства Кыргызстана в снижении бедности с помощью комплексного подхода. Программа помогла создать возможности для трудоустройства, социальной защиты и защиты труда. Это способствовало увеличению уровня трудоустройства в сельских регионах через аграрную земельную реформу, расходы на воду и канализацию были снижены, безработным были предоставлены пособия, и отмечалось увеличение в среднем размере пенсий [109, 110].

Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики “Манас таалими” (2006 – 2010 гг.)

Программа «Манас» была реформирована в «Манас таалими», которая внедрила широкосекторальный подход (SWAp). Как и ее предшественница, «Манас таалими» нацелена на улучшение качества медицинских услуг на первичном уровне здравоохранения, для усиления общественного здравоохранения и улучшения качества медицинского образования. Дополнительные цели «Манас таалими» включали улучшение сельских центров по оказанию медицинских услуг, укрепление реформ финансирования здравоохранения и улучшения в специализированном уходе [9, 105-107].

Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» (2012 г. – настоящее время)

Стратегический подход к реализации Программы “Ден соолук” основан на трех взаимосвязанных принципах: (1) ожидаемое улучшение показателей здоровья населения, (2) ключевые услуги, необходимые для достижения ожидаемого улучшения показателей здоровья населения, и (3) устранение барьеров в системе здравоохранения, которые мешают охвату ключевыми услугами, тем самым препятствуя достижению ожидаемого улучшения показателей здоровья населения. Улучшение показателей здоровья населения планируется по следующим направлениям: охрана здоровья матери и ребенка; сердечно-сосудистые заболевания; туберкулез и ВИЧ-инфекция. Программа “Ден соолук” построена на успехах и недостатках программ “Манас” и “Манас таалими» и фокусируется на улучшении социальных показателей здравоохранения [105, 111-113].

Программа нацелена на снижение материнской смертности через ключевые мероприятия на уровне населения, включая улучшение информированности женщин и членов их семей о профилактике анемии, питания матерей, опасных признаках при беременности, необходимости своевременного обращения в организации здравоохранения для получения гарантированных услуг. Она также предоставляет индивидуальные услуги для достижения этой цели, которые включают дородовой уход, услуги по планированию семьи, активное ведение третьего периода родов для снижения послеродового кровотечения, и высококачественную неотложную акушерскую помощь. “Ден соолук” признает, что преобладание услуг для женщин во время беременности, родов и послеродового периода является необходимым, и включает фокус на улучшении взаимодействия между разными уровнями медицинской помощи, а также пилотное тестирование новых моделей представления услуг [113].

Комплексная основа развития Кыргызской Республики (КОР) (2002 – 2010 гг.)

Комплексная основа развития (КОР) является инициативой Всемирного Банка, которая была частью долгосрочной стратегии развития, фокусирующейся на социальном и экономическом развитии. КОР имела цель снижению бедности на 50% к 2010 г.. КОР также фокусировалась на пропаганде здорового образа жизни, улучшении доступа к безопасной питьевой воде, и усилении потенциала медицинских работников. Кроме того, КОР концентрировалась на проекте развития детей раннего возраста на общинном уровне, охране здоровья детей и их питании, поддержке уход за детьми раннего возраста и образовании, с помощью детских садов и дошкольных организаций [114-116]. КОР длилась с 2002 по 2010 гг., но ее реализация была приостановлена в 2005г.

Инициатива «Возобновлённое обещание» (2012 г. - настоящее время)

Инициатива «Возобновлённое обещание» была основана на Призыве к действиям по выживанию детей. Кыргызстан является одной из более чем 30 стран, которые взяли на себя обязательство улучшить выживание детей на основе основных принципов, включая: (1) усиление политической приверженности прекращению предотвратимой детской смертности посредством амбициозных, измеримых целей; (2) повышение общественной ответственности путем мониторинга и отслеживания действий, которые определяют приоритеты для действий; и (3) мобилизации сообществ для принятия мер по улучшению выживания детей при одновременном привлечении к ответственности правительств [117].

iii. Программы

Программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по пропаганде грудного вскармливания (1996 г.-настоящее время)

ЮНИСЕФ в течении долгого времени поддерживает грудное вскармливание, и добился успехов в продвижении грудного вскармливания с момента принятия Декларации Инноченти по Охране, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания в 1990 г. [118]. Подписание указа Кыргызской Республики № 19 по защите грудного вскармливания было результатом информационно-просветительской кампании ЮНИСЕФ/ВОЗ.

Программа денежных пособий с проверкой нуждаемости: Единое Ежемесячное Пособие (ЕЕП) (1995 г. – настоящее время)

Единое Ежемесячное Пособие (ЕЕП) было внедрено в 1995 г. с целью предоставления помощи детям из малообеспеченных семей. [92]. Оказалось, что число детей в семье значительно коррелирует с бедностью, что оправдывает фокус ЕЕП на детях. Программа охватила детей в возрасте от 1,5 до 16 лет, и если ребенок оставался студентом, социальная защита продлевалась до 21 года.

Программа денежных пособий с проверкой нуждаемости: Ежемесячное Социальное Пособие (ЕСП) (1998 г. – настоящее время)

Ежемесячное Социальное Пособие (ЕСП) было внедрено в 1998 г. и служило программой замены денежного дохода, предназначенной для обездоленных групп населения, в которые входят дети-инвалиды до 18 лет, другие лица с инвалидностью, дети-сироты, многодетные матери и пожилые люди, не имеющие права на пенсию [92].

Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) (1997 г. – настоящее время)

Задачей программы Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) является объединение государственных средств для увеличения ресурсов системы здравоохранения. ФОМС обеспечил финансирование и предоставление основного пакета медицинских услуг (ОПМУ). Финансирование в местных медицинских учреждениях лекарств, предметов медицинского назначения было улучшено за счет доплат и было нацелено на сокращение неформальных платежей наличными среди населения. ФОМС был ключевым компонентом более широкой реформы сектора здравоохранения «Манас».

Реформы первичной медико-санитарной помощи и внедрение модели семейной медицины (1997 г. – настоящее время)

Эта модель преобразовала централизованно управляемую специализированную первичную медицинскую помощь, существовавшую в советское время, в подход, использующий комплексную модель семейной медицины. [119]. Врачи общей практики среднего звена прошли подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи на уровне сообществ, что является существенным пробелом в постсоветской системе здравоохранения. Кроме того, были созданы центры семейной медицины и группы семейных врачей [119]. С тех пор Кыргызстан был признан региональным лидером по реформе семейной медицины [120].

Государственный Гарантированный Пакет Льгот (ГГПЛ), и дополнительный список лекарственных средств (2000 г. – настоящее время)

Государственный Гарантированный Пакет Льгот (ГГПЛ) определил необходимый пакет медицинских услуг, таких как первичная медико-санитарная помощь и неотложная медицинская помощь, которые должны предоставляться всем гражданам Кыргызстана бесплатно. Вторичная помощь была субсидирована, и были введены официальные доплаты с существенными исключениями для уязвимых групп населения. Также был введен Дополнительный список лекарственных средств (ДСЛС), который частично субсидировал затраты на лекарства, используя ФОМС для увеличения доступности и качества лекарств для кыргызстанцев. Лекарства, включенные в ДСЛС, не полностью соответствуют лекарствам, включенным в Перечень основных лекарственных средств ВОЗ [121]. Эти программы финансировались через ФОМС и помогли сократить неформальные и наличные платежи, а также повысили доступность и использование услуг первичной медицинской помощи среди населения. ГГПЛ рассматривается как важнейший шаг / стратегия реформы сектора здравоохранения «Манас» и способствовал обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Национальная перинатальная программа/Стратегия (2008 г.- настоящее время)

Национальная программа перинатальной помощи направлена на снижение материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности путем повышения качества медицинской помощи, предоставляемой матерям и новорожденным, и обеспечения равного доступа во всех регионах страны. Это относится к программе реформирования здравоохранения «Ден соолук», целью которой является улучшение акушерской помощи путем предоставления индивидуальных услуг и доступа



к качественным медицинским услугам на всех уровнях интегрированной системы перинатальной помощи. Национальная стратегия перинатальной помощи имеет 5 целей:

- Цель 1: Создание модели ступенчатой системы оказания перинатальной/неонатальной медицинской помощи
- Цель 2: Создание транспортной/консультационной системы
- Цель 3: Улучшение качества перинатальной помощи за счет повышения профессиональных знаний и практических навыков медицинских работников.
- Цель 4: Разработка системы мониторинга и оценки (аудита) качества перинатальной / неонатальной помощи
- Цель 5: Создание дифференцированной системы оплаты перинатальной помощи, основанной на разных пакетах услуг, в зависимости от риска или тяжести заболевания [26]

Проекты ЮНИСЕФ «Единство действий» (DaO) и Социальное Равноправие, помогают Национальной перинатальной программе/Стратегии достичь Целей 1, 3 и 4 [122]. Эта стратегия поддержала проведение трех основных курсов обучения: Эффективный Перинатальный Уход (ЭПУ), Неонатальная Реанимация (НР), и Эффективный Неонатальный Уход (ЭНУ). [26].

Сельские Комитеты Здоровья и здравоохранительная деятельность на коммунально-общинном уровне (2001 г. – настоящее время)

Модель деятельности на коммунально-общинном уровне представила общинных активистов волонтеров в независимых общинных организациях, называемых сельскими комитетами здоровья (СКЗ). Добровольцы из числа активистов волонтеров проходят обучение у медицинских работников и вносят вклад в профилактику заболеваний и укрепление здоровья в общинах, уделяя особое внимание исключительно грудному вскармливанию. Эта программа направлена на повышение вовлеченности населения и населения (ключевой компонент реформы «Манас Таалими») и признана Министерством Здравоохранения основной стратегией мобилизации сообщества и укрепления здоровья со стороны Министерства здравоохранения [9]. ЮНИСЕФ объединился с СКЗ для поддержки мероприятий по информированию о питании и обеспечения качественного образования и консультирования по вопросам, связанным с питанием [92].

Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребёнку (ППМР) (2012 г.-настоящее время)

ВИЧ / СПИД является одной из четырех программных областей, которые были выбраны в рамках «Ден Соолук» в качестве приоритетных областей для достижения лучших общих показателей здоровья [113]. В рамках этой программы, особое внимание уделяется профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) с целью нацеливания тестирования на ВИЧ среди женщин с беременностью высокого риска и широкого внедрения ранней диагностики младенцев. В Кыргызстане дородовое тестирование на ВИЧ является бесплатным, и почти 88% беременных женщин проходят тестирование, при этом экспресс-тесты доступны в родильных домах. Программа ППМР в Кыргызстане привела к тому, что с 2012 года число случаев вертикальной передачи ВИЧ сократилось, хотя примерно 5% детей, рожденных беременными женщинами, живущими с ВИЧ, инфицируются [123].

План действий «Каждый новорожденный» (ПДКН) (2014 г.-настоящее время)

В 2014 году государства-члены ВОЗ одобрили План действий «Каждый новорожденный» (ПДКН), который предусматривает стратегические действия для прекращения предотвратимой смертности новорожденных, и мертворождений, а также для снижения материнской смертности и заболеваемости. Этот план предусматривает восемь конкретных основных этапов для улучшения здоровья матерей и новорожденных к 2030 году. К настоящему времени Кыргызстан разработал национальный план действий для новорожденных, принял политику уведомления о материнской смертности, разработал политику сохранения и подготовки квалифицированных специалистов по родовспоможению, а также имеет стратегию вовлечения / мобилизации по ЗМН (здоровье матери и новорождённого). Тем не менее, Кыргызстан еще не разработал национальную коммуникационную стратегию по развитию новорожденных и не провел обзор системы перинатальной смертности [124].

Перинатальный Аудит (2018 г.-настоящее время)

В 2016 году в Узбекистане был запущен инструмент перинатального аудита. Представители из Кыргызстана присутствовали на совещании на основании предварительного запроса о помощи ВОЗ в этой области [125]. Этот инструмент был разработан, чтобы помочь с использованием перинатального аудита для улучшения охраны здоровья матери и новорожденного, и он описан в публикации ВОЗ «Учтём каждого ребенка: контроль и анализ мертворождений и смертей новорожденных». Пилотирование этой программы началось в Кыргызстане в 2018 году с помощью ЮНИСЕФ, ВОЗ и ГИЗ под руководством МЗ. Эта инициатива поможет выявить барьеры и пробелы в услугах, а также добавит качественные данные, связанные с перинатальной смертностью.

Инициатива «Больницы Доброжелательного Отношения к Ребенку» (БДОР) 2000 г.– настоящее время)

Инициатива «Больницы Доброжелательного Отношения к Ребенку» направлена на реализацию 10 принципов успешного грудного вскармливания в родильных домах, а также регулирование организации молочной комнаты для хранения пастеризованного молока в родильных домах [95]. В 2009 году, в эту инициативу были внесены поправки, включающие 11-й шаг, запрещающий использование заменителей грудного молока.

Программа по профилактике железодефицитной анемии среди населения Кыргызстана (1995 – 2016 гг.)

Эта программа была разработана для предотвращения анемии путем фортификации муки, профилактических добавок для групп риска, пропаганды разнообразия рациона питания, минимизации и контроля инфекций, распространения мониторинга и исследований, а также связывания контроля анемии с службами общественного здравоохранения [112].

Программа «Жан-эне» (2002 – 2006 гг.)

Программа «Жан-эне» направлена на продвижение перинатальной помощи, гендерного равенства. Она направлена на улучшение репродуктивного здоровья девочек и женщин, а также на снижение младенческой и материнской смертности. Улучшения были также достигнуты в обучении и повышении квалификации персонала и информировании общественности о безопасном материнстве и здоровье женщин [126].

Национальная стратегия сокращения бедности (НССБ) (2003 – 2005гг.)

Первым шагом к реализации Комплексной Основы Развития стала Национальная стратегия сокращения бедности (НССБ). НССБ концентрируется на ускорении экономического роста, улучшении возможностей для трудоустройства, повышении эффективности и адресности социальной защиты и развития человека, а также улучшении институционального и человеческого потенциала. После внедрения НССБ были проведены реформы, которые обеспечили макроэкономическую стабильность и привели к среднегодовому экономическому росту в 5%. Доходы населения Кыргызстана увеличились, услуги здравоохранения и образования также улучшились, что привело к сокращению бедности с 52% до 44%. [109,110,127]

Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста (ИВБДВ) (2005 г. – настоящее время)

Программа ИВБДВ предназначена для студентов и медицинских работников с целью улучшения медицинского надзора за больными детьми с целью снижения детской и младенческой смертности. Эта программа дала медицинским работникам большую уверенность в лечении детей в возрасте до 5 лет, что привело к тому, что они уделяли больше времени непосредственно ребенку при заполнении его карточки; родители начинают приводить своих детей на лечение раньше, и, таким образом, приводят на прием менее серьезно больных детей; родители просят взвесить детей; используется меньше ненужных лекарств; и матери получают больше советов о том, как ухаживать за больным ребенком и ухаживать за здоровым. В результате, матерям понравились новые способы, используемые для ведения их детей, больше матерей кормили детей грудью в течение длительного времени, и больше детей получали только грудное молоко, а меньшее количество детей направлялось на госпитализацию [128].



Обогащение витаминно-минеральной добавкой Гулазык (2009 г. – настоящее время)

Гулазык — это программа домашнего обогащения, предназначенная для обеспечения микроэлементами детей в возрасте от 6 до 24 месяцев. В переводе на английский Гулазык — это мясной продукт, дающий энергию и богатый питательными веществами. Министерство Здравоохранения инициировало эту программу с помощью ЮНИСЕФ в ответ на высокий уровень анемии у маленьких детей. Гулазык - это порошок, содержащий железо, цинк, витамины А и С, который был распространен обученными поставщиками первичной медицинской помощи в семейных медицинских клиниках [129-131].

Проект ЮСАИД «Качественное здравоохранение» (QHCP) (2010 – 2015гг.)

Проект ЮСАИД «Качественное здравоохранение» включал пять основных компонентов, которые считались наиболее насущными проблемами здравоохранения, с которыми Кыргызстан сталкивался в это время, включая профилактику и лечение туберкулеза, профилактику ВИЧ и доступ к медицинской помощи, улучшение здоровья матери и ребенка, более широкое использование услуг по планированию семьи и репродуктивного здоровья, и решение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам. Успешным компонентом был компонент по туберкулезу [132-137]. Проект поддержал программу ВОЗ по Эффективному Перинатальному Уходу, которая повлияла на здоровье матери и ребенка во всех родильных домах и учреждениях родов в Кыргызстане. Проект помог улучшить медицинскую помощь новорожденным и детям посредством поддержки программы ВОЗ по лечению детских болезней. В рамках проекта также были проведены тренинги по неотложной помощи при акушерских осложнениях для медицинского персонала [135].

7. Анализ пробелов во вмешательствах

Таблица 6 показывает каждую из политик и показывает, как каждая из них связана с семью основными пакетами вмешательств для выживания новорожденных. Политики, в которых указано конкретное вмешательство, связанное с конкретным пакетом по выживанию новорожденных, были отмечены зеленым цветом. Политики, которые имеют отношение к пакету по выживанию новорожденных в общем и которые не имеют влияние на какое то конкретное вмешательство, отмечены серым цветом. Были сделаны различия между политикой, касающейся сокращения бедности, укрепления систем здравоохранения, охраны здоровья детей и матерей.

СБ	Сокращение бедности: законы, политики и программы, сокращающие уровень бедности
УСЗ	Укрепление систем здравоохранения: законы, политики и программы, которые в целом укрепляют систему здравоохранения
ЗР	Здоровье ребенка: законы, политики и программы, относящиеся к здоровью детей, но которые не конкретизируют основные пакеты вмешательств для новорожденных.
МЗ	Материнское здоровье: законы, политики и программы, относящиеся к здоровью матерей

Таблица 6: Категоризация законов, политик и программ в Кыргызстане, которые относятся к семи пакетам Инструмента для оценки числа спасённых жизней (LiST)

	Предзащаточная коррекция питания	Дородовой уход	Улучшенный дородовой уход	Помощь во время схваток и родов	Неотложная помощь новорожденным	Уход за ребенком с нормальным состоянием	Уход за мало-весным или большим новорожденным
Законы, законодательства, постановления							
Государственные пособия – Закон (1991г.- настоящее время) ^{с5}							
Постановление № 19: Защита грудного вскармливания (1996 г. – настоящее время)							
Защита грудного вскармливания детей и регулирование маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей (2008г. – настоящее время)							
Кодекс Кыргызской Республики о детях (2006г. – настоящее время) ^{зР}							
Закон об обогащении муки хлебопекарной- (2009 г. – настоящее время)							
Наблюдение здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения (Приказ МЗ КР №589 от 18 ноября 2010г.) (2010 г. – настоящее время) ^{УСЗ}							
Политики							
Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения (2006-2015гг.) ^{МЗ}							
Государственная программа «Здоровая Нация» (1994 – 1999 гг.) ^{УСЗ}							
Программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики “Манас” (1996 – 2006 гг.) ^{УСЗ}							
Инициатива «Возобновлённое обещание» (2012 г. - настоящее время) ^{ЗР}							
Национальная программа преодоления бедности “Аракет” (1998 – 2005 гг.) ^{с5}							

<p>Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики “Манас таалими” (2006 – 2010 гг.)^{УЗС}</p> <p>Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» (2012 г. – настоящее время)^{УЗС}</p> <p>Комплексная основа развития Кыргызской Республики (КОР) (2002 – 2010 гг.)^{СБ}</p>	
<p>Программы</p>	
<p>Программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по пропаганде грудного вскармливания (1996 г.- настоящее время)</p>	
<p>Программа денежных пособий с проверкой нуждаемости: Единое Ежемесячное Посobie (ЕЕП) (1995 г. – настоящее время)^{СБ}</p>	
<p>Программа денежных пособий с проверкой нуждаемости: Ежемесячное Социальное Посobie (ЕСП) (1998 г. – настоящее время)^{СБ}</p>	
<p>Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) (1997 г. – настоящее время)^{УЗС}</p>	
<p>Реформы первичной медико-санитарной помощи и внедрение модели семейной медицины (1997 г. – настоящее время)^{УЗС}</p> <p>Государственный Гарантированный Пакет Льгот (ГПЛ), и дополнительный список лекарственных средств (2000 г. – настоящее время)^{УЗС}</p>	
<p>Национальная перинатальная программа/Стратегия (2008г.- настоящее время)^{УЗС}</p>	

Сельские Комитеты Здоровья и деятельность на коммунально-общинном уровне (2001г. – настоящее время) ^{3Р, М3}	
Программа ППМР (2012 г.-настоящее время) ^{3Р}	
План Действий «Каждый новорожденный» (2014 г.-настоящее время) ^{3Р}	
Перинатальный аудит (2018 г.-настоящее время) ^{3Р}	
Инициатива «Больницы Доброжелательного Отношения к Ребенку» (БДОР) 2000г.– настоящее время)	
Программа по профилактике железодефицитной анемии среди населения Кыргызстана (1995 – 2016гг.)	
Программа «Жан-эне» (2002 – 2006гг.) ^{М3}	
Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста (ИВБДВ) (2005г. – настоящее время)	
Обогащение витаминно-минеральной добавкой Гулазык (2009 г. – настоящее время) ^{3Р}	
Проект ЮСАИД «Качественное здравоохранение» (ОНСР) (2010 – 2015 гг.) ^{УС3}	
Национальная стратегия сокращения бедности (НССБ) (2003 – 2005 гг.) ^{СБ}	



Эта оценка показывает, что большинство политик / программ связаны с семью основными пакетами вмешательств для новорожденных на широком общем уровне и не определяют вмешательства, связанные непосредственно с пакетом. Семь программ связаны с широким укреплением системы здравоохранения, которое косвенным образом влияет на все семь основных пакетов вмешательств для выживания новорожденных. Шесть программ влияют на сокращение бедности, и они могут косвенно влиять на перинатальное здоровье посредством улучшения питания матери, образования, доступа к здравоохранению и других социальных детерминант здоровья, связанных с бедностью. Шесть программ относятся к здоровью детей, а две - к материнскому здоровью в целом. Две программы относятся к каждому из семи основных пакетов вмешательств для новорожденных и четко определяют вмешательства, связанные с каждым пакетом. Это национальная программа реформирования здравоохранения «Ден соолук» и национальная программа перинатальной помощи. Другие программы определяют вмешательства, связанные с одним пакетом, с пятью программами, связанными с инициативами по грудному вскармливанию, которые относятся к пакету по уходу за новорожденными, находящимися в нормальном состоянии. Две программы связаны с пакетом услуг по уходу в предзачаточный период и коррекцию питания, и одна программа связана с пакетом по уходу за маловесными и больными новорожденными. В целом, существует целый ряд программ, которые прямо и косвенно затрагивают каждый из семи основных пакетов вмешательств для новорожденных.

8. Анализ LiST (Инструмент для оценки числа спасённых жизней)

Таблица 6а: Жизни, спасённые с помощью вмешательств Плана Действий «Каждый новорожденный» (ПДКН)

	2018-2025		2018-2030	
	Подсчёт	%	Подсчёт	%
Неонатальная смертность	584	36,4%	624	38,9%
Мертворождения	151	9,8%	172	11,2%
Материнская смертность	19	16,8%	21	18,6%

Таблица 6б: Жизни, спасенные с помощью вмешательств (разбивка)

	Неонатальная		Мертворождения		Материнская	
	2025	2030	2025	2030	2025	2030
Предзачаточный период						
Восполнение нехватки фолиевой кислоты/фортификация	42	45	0	0	0	0
Беременность						
Вакцинация против столбняка	3	3	0	0	0	0
Выявление и лечение сифилиса	0	0	1	1	0	0
Восполнение нехватки кальция	0	0	0	0	4	4
Добавки с микроэлементами (железом и множественными питательными веществами)	28	29	92	95	7	7
Сбалансированные энергетические добавки	5	6	22	27	0	0
Ведение диабета	0	0	12	13	0	0
Ведение преэклампсии с MgSO ₄ (сульфат магния)	0	0	24	35	4	6
Ведение гипертонической болезни	0	0	0	0	3	4

Грудное вскармливание

Соответствующие возрасту практики грудного вскармливания	15	16	0	0	0	0
Профилактика			0	0	0	0
Чистые послеродовые практики	10	17	0	0	0	0
Хлоргексидин	34	35	0	0	0	0

Лечение после родов

Ведение недоношенных детей	298	321	0	0	0	0
Ведение неонатального сепсиса/ пневмонии	148	150	0	0	0	0
ОРС – оральная регидратационная соль	2	2	0	0	0	0

Таблица 6в: Жизни, спасенные с помощью пакетов вмешательств

Пакет вмешательств	Неонатальная		Мертворождения		Материнская	
	2025	2030	2025	2030	2025	2030
ПРЕДЗАЧАТОЧНЫЙ ПЕРИОД И КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ	75	80	114	122	11	11
%	4,7%	5,0%	7,4%	7,9%	9,7%	9,7%
ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	3	3	1	1	0	0
%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
УЛУЧШЕННОЕ ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	0	0	36	48	7	10
%	0,0%	0,0%	2,3%	3,1%	6,2%	8,8%
УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ С НОРМАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ	59	68	0	0	0	0
%	3,7%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
УХОД ЗА МАЛОВЕСНЫМ И БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ	448	473	0	0	0	0
%	27,9%	29,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

При масштабных вмешательствах Плана Действий «Каждый новорожденный» (ПДКН), почти 40% неонатальных смертей могли быть предотвращены к 2030 г., вместе с 11% мертворождений и почти 19% показателей материнской смертности (Таблица 6а). Наибольшую долю случаев смерти среди новорожденных можно было бы предотвратить, улучшив ведение недоношенных детей и лечение неонатального сепсиса / пневмонии (Таблица 6б). При наблюдении за жизнями, спасенными с помощью пакетов вмешательств, уход за маловесными и больными новорожденными оказывает наибольшее влияние на спасенные жизни новорожденных, в то время как уход в предзачаточный период и коррекция питания спасут большинство материнских жизней (Таблица 6в).

ГЛАВА 4: АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЯ

Вопреки ограничениям, присущим любому ретроспективному и текущему ситуационному анализу, мы нашли обширную информацию о статусе здоровья матери и новорожденного. В дополнение к широкомасштабным обследованиям домохозяйств, таким как ОДЗ и МИКО, доступность детальной информации обо всех рождениях и смертях новорожденных в стране в виде базы данных «Регистр новорожденных» является уникальным преимуществом. Хотя мы не смогли провести сверку и оценку качества данных регистрации, за исключением задокументированной информации об интранатальной мертворождаемости и сепсисе новорожденных, данные следовали аналогичным схемам в ООН и других глобальных базах данных. Конкретные рекомендации по качеству данных и будущим методам сбора можно найти в разделе рекомендаций ниже.

Кыргызстан добился значительных успехов в сокращении ПНС, где в период с 1990 по 2017 год наблюдалось снижение на 54%, что превышает глобальное снижение на 51% за тот же период. В настоящее время, в стране отмечается один из самых низких показателей неонатальной смертности в регионе Центральной Азии, сразу за Казахстаном: 11 смертей на 1,000 живорождений в 2017 году по сравнению с 24 в 1990 году. В Кыргызстане, наибольшая доля неонатальных смертей приходится на первые 1-2 дни жизни, призывая уделять больше внимания качеству ухода за новорожденными. В плане массы тела при рождении, произошло снижение на 8% случаев рождения детей с низким весом (<2500), а наибольшее улучшение показателей неонатальной смертности по весу при рождении также наблюдалось в группе детей с низким весом при рождении, на которую приходится подавляющее большинство случаев смерти новорожденных. И наоборот, за тот же период времени в Кыргызстане не наблюдалось улучшения ситуации с количеством преждевременных родов. Неравенства в смертности новорожденных среди недоношенных и доношенных детей по областям колебались в течение этого периода времени, но в целом, эти неравенства начали улучшаться. В целом, в городах Ош и Бишкек сохраняется самый высокий ПНС среди недоношенных детей.

При изучении основных материнских состояний при случаях смерти и мертворождения новорожденных было обнаружено, что главными состояниями у матерей были преждевременные схватки и роды, тяжелая преэклампсия и анемия. Все эти состояния связаны со слабым здоровьем матерей и статусом питания, и их можно выявить и вылечить во время дородовых визитов. При надлежащем управлении здоровьем матерей, в Кыргызстане можно было бы легко избежать многие предотвратимые случаи смерти новорожденных.

Было установлено, что 83% изменений в ПНС объясняются значительным увеличением доли грудного вскармливания матерями их новорожденных детей в течение первого часа после родов, сокращением среднего числа детей, которые есть у каждой женщины (т.е. размер потомства) и интервалом между родами. Эти ключевые движущие факторы ПНС могут быть учтены и улучшены посредством адекватного дородового и послеродового ухода. В то время как доля женщин, проходящих послеродовые осмотры после выписки из больницы, со временем уменьшилась (с 64% до 49%), процент женщин, получающих послеродовые осмотры на дому, существенно возрос (90% в настоящее время по сравнению с 51% в 2014 году). Это отличная возможность рассказать матерям о важности раннего грудного вскармливания и других вмешательствах по спасению жизни новорожденных.

С 2014 года Кыргызстан, как государство-член ВОЗ, также подписал План действий “Каждый Новорожденный” (ПДКН), который предусматривает стратегические действия, направленные на прекращение предотвратимой смертности новорожденных, мертворождений и материнской смертности, и заболеваемости. Было подсчитано, что к 2030 году, расширение масштабов мероприятий ПДКН может привести к предотвращению 38,9% случаев неонатальной смертности, 11,2% случаев мертворождений и 18,6% случаев материнской смертности. В частности, требуется уделить особое внимание вмешательствам, связанным с уходом за маловесными и больными новорожденными в Кыргызстане.

Кыргызстан уделяет приоритетное внимание качеству медицинской помощи в своей политической повестке дня наряду с реформой системы здравоохранения, включая Программу Манас (1996-2006 гг.), Манас Таалими (2006-2010 гг.), и программу «Ден Соолук» (2011-2016 гг.). Внедрение инструмента перинатального аудита в 2018 году также сыграет большую роль в сокращении ПНС, поскольку это поможет выявить барьеры и пробелы в услугах, а также добавить количественные данные. Хотя наша оценка показала, что большинство политик и программ связаны с семью основными пакетами вмешательств для новорожденных на широком уровне, только «Ден Соолук» и связанная с ним конкретная программа «Национальная программа перинатальной помощи» прямо указывают на вмешательства, связанные с каждым пакетом. В будущих стратегиях и программах следует четко указать мероприятия, связанные с уходом за маловесными и больными детьми в Кыргызстане, учитывая, что они составляют наибольший процент случаев неонатальной смертности.

Кыргызстан имеет всеобщий охват услугами здравоохранения с помощью бесплатных услуг дородового наблюдения, однако показатели материнской и неонатальной смертности остаются высокими, что требует улучшения качества медицинских услуг. Соответственно, Всемирный Банк профинансировал многолетний проект, пилотный проект «Система выплат по результатам», для проверки влияния финансирования, основанного на результатах, и усиленного надзора над качеством услуг по охране здоровья матерей и новорожденных [138]. Базовое обследование до реализации проекта было проведено во всех 65 больницах вторичного звена Кыргызской Республики, в которых изучалось качество дородовой помощи и ухода за новорожденными в 2012 году. Недостатки в антенатальной помощи включали: недостаточное базовое обеспечение (например, противостолбнячные вакцины, добавки с содержанием железа или фолиевой кислоты) и наборов для быстрого анализа плазмы на реактин), недостаточный анализ историй болезни и состояния здоровья женщин во время антенатального наблюдения, а также консультирование по вопросам опасных признаков беременности подготовки к родам. Тем не менее, базовая инфраструктура, отслеживание наличия лекарств, инфекционный контроль и стерилизация, расходные материалы для рутинного родовспоможения, а также для рутинного ухода за новорожденными, оборудование для приема родов квалифицированным персоналом, были широко доступны почти во всех учреждениях. [138]. Кроме того, результаты трехлетнего пилотного проекта под названием «Проект по продвижению мира через улучшение здоровья детей и матерей в регионах, подверженных конфликтам» (2014-2017 гг.) поддерживают расширение прав и возможностей отдельных лиц посредством проведения информационно-просветительских мероприятий на уровне общин путем мобилизации Сельских Комитетов Здравоохранения; укрепления сотрудничества между местными администрациями в приграничных регионах в целях улучшения доступа к медицинским услугам; и повышение потенциала руководителей медицинских учреждений через обучение по вопросам выявления проблем с качеством для повышения качества медицинской помощи и снижения материнской и неонатальной смертности в Кыргызстане [139]. Основываясь на рекомендациях Глобальной комиссии здравоохранения журнала «Ланцет» 2018 г., предоставление услуг в Кыргызстане может быть модернизировано, чтобы обеспечить охват медицинскими услугами по уходу за новорожденными в каждой области с целью улучшения здоровья новорожденных.

Это исследование подтверждает необходимость улучшения связи между материнским здоровьем, качеством медицинской помощи и выживанием новорожденных. Однако, некоторые проблемы остаются нерешенными относительно снижения смертности новорожденных в Кыргызстане, включая инфраструктуру, человеческие ресурсы, финансирование, сотрудничество, социальную справедливость и процессы перенаправления. Перинатальная инфраструктура Кыргызстана была названа несколькими источниками в качестве проблемы в предоставлении медицинской помощи матерям и новорожденным [5,6,26,102]. Система здравоохранения ограничена устаревшей инфраструктурой в сочетании с отсутствием финансирования для её модернизации. Важность финансирования в отношении неонатальной смертности была подчеркнута снижением уровня неонатальной смертности, совпадающим с экономическим ростом в стране. Исследование, проведенное в 2009 году, показало, что двум третям больниц было более 25 лет, и в большинстве из них отсутствовали центральное отопление, водопровод и канализация. В половине районных больниц и родильных домов есть холодная вода, хотя горячей воды в них нет [26]. Хотя электронный Регистр новорожденных в настоящее время внедряется по всей стране в качестве прогрессивной информационной системы здравоохранения, было обнаружено, что

формы регистрации и отчетности не соответствуют стандартам, при этом многие учреждения имеют приблизительно 15 различных журналов регистрации, которые должны заполняться ежедневно [42]. Наш анализ выявил возможную неправильную классификацию сроков/времени мертворождений и неонатальных смертей, а также их причин, особенно среди недоношенных детей.

Человеческие ресурсы являются еще одной причиной высокой смертности, так как в системе здравоохранения существует значительный кадровый кризис [23, 139]. В сельской местности отмечается нехватка гинекологов, в то время как гинекологи и акушеры в Кыргызстане сосредоточены в Бишкеке и Оше [26]. Причины недостаточной комплектации кадрами включают низкую заработную плату, которая может привести к слабой мотивации, отсутствию стимулов для работы в сельской местности, постоянному оттоку медицинских работников из системы здравоохранения, особенно из сельской местности [6, 26]. В результате этого, медперсонал перегружен, и медработники плохо соблюдают протокол [6].

Отсутствие финансирования также было подчеркнуто в качестве одной из проблем для сокращения неонатальной смертности [6, 102, 139]. Вмешательства, связанные с охраной здоровья матери и ребенка, недофинансированы, и это влияет на качество медицинского обслуживания [6, 102]. Это взаимосвязано с человеческими ресурсами, поскольку медучреждения недоукомплектованы персоналом, а персонал чувствует себя немотивированным из-за перегрузок на работе и финансового положения [6]. В то время как большинство вмешательств справедливо распределены по областям и квинтилям благосостояния, особое внимание необходимо уделять использованию контрацептивов в Кыргызстане, где средний показатель по стране составляет менее 40% в 2018 году, указывает на снижение с 60% в 1997 году. Самый большой спад наблюдается в городе Ош, а самые низкие показатели распространенности контрацептивов зарегистрированы в Джалал-Абаде в 2018 году.

Сдерживающим фактором для того, чтобы ЮНИСЕФ смог достичь целей своей страновой программы в Кыргызстане, является отсутствие содействия межсекторальному сотрудничеству [139]. Аналитический обзор предоставления медицинских услуг показал, что неоптимальная организация услуг не обеспечивала регулярный или своевременный доступ к медицинской помощи [47]. Кроме того, было установлено, что проблемой, связанной с пропагандой эффективного перинатального ухода, является недостаточная координация между уровнями системы здравоохранения [6].

Существуют различия в мертворождении и неонатальной смертности среди областей и районов, причем города Ош и Бишкек неизменно несут наибольшее бремя. Это, вероятно, является результатом того, что сложные случаи перенаправлялись в единственные три больницы третичного уровня в стране, расположенные в этих областях. Проблемы равноправия/справедливости существуют также в предоставлении медицинских услуг, связанных с рождением детей, в сельских районах наблюдается рост нехватки лекарств и нехватка медицинского оборудования [26]. Учитывая нехватку третичных больниц, необходимы соответствующие и своевременные перенаправления, однако неоднократно было обнаружено, что стандартные протоколы или руководства для перенаправлений и транспортных систем отсутствуют [24, 42, 43]. Это может привести либо к сложным случаям с высокой степенью риска, которые не были своевременно перенаправлены, либо к увеличению количества ненужных перенаправлений, при которых бывают заняты современные акушерские/родильные кровати, которые можно было бы использовать для тех, кто в этом больше всего нуждается.

ГЛАВА 5. РЕКОМЕНДАЦИИ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

Результаты нашего ситуационного анализа здоровья новорожденных в Кыргызской Республике подтверждают значительный прогресс, достигнутый за последние годы в снижении общей смертности новорожденных. Хотя в Кыргызстане наблюдается удивительно низкий уровень неравенства в охвате основными превентивными и просветительскими вмешательствами, мы обнаружили значительные различия в результатах среди разных слоев медицинских учреждений в регионах и областях. Мы также обнаружили резкие различия в количестве смертей новорожденных в зависимости от исхода родов, причем самый высокий уровень смертности среди недоношенных детей ималеньких для гестационного возраста.

Мы считаем, что существуют огромные возможности для улучшений и изменений, и мы даем несколько рекомендаций для достижения этой конкретной цели. Чтобы добиться дальнейшего прогресса, Кыргызская Республика должна:

1. Инвестировать в улучшение качества материнской помощи на всех уровнях. Как показано в нескольких когортных исследованиях, показатели неонатальной смертности являются самыми высокими среди недоношенных детей и детей, маленких к гестационному возрасту (МГВ). Это указывает на возможность дальнейшего улучшения в стране материнского ухода или ухода за здоровьем женщины до беременности. Мы не смогли найти репрезентативных страновых исследований по недостаточности питания матерей и дефициту питательных микроэлементов, особенно на субнациональном уровне, но считаем, что анализ указывает на необходимость выявления внутриутробных рисков, и, следовательно, улучшения набора пакетов дородовой помощи.
2. Инвестировать в адекватный инфекционный контроль и дозорные лаборатории. Хотя недоношенность детей считается главной причиной неонатальной смертности в Кыргызской Республике, также отмечается значительный уровень смертности среди доношенных детей; многие из этих случаев смертности происходят рано и указывают на потенциально слабый охват жизненно необходимым уходом за новорожденными, в частности, охват неонатальной реанимацией. Существует несколько диагностических референтных групп по перинатальной заболеваемости/ смертности новорожденных, которые, по-видимому, непропорционально низки в Кыргызстане. К ним относятся внутриутробные мертворождения и возможные серьезные инфекции у новорожденных. Цифры по последним, вероятно, также занижены в иерархии причин смерти, особенно среди недоношенных детей. Существует также вероятность получения инфекций при госпитализации. Это также отражает относительно низкий потенциал для микробиологической и лабораторной диагностики в большинстве больниц, когда полагаются на клинический диагноз предполагаемых серьезных бактериальных инфекций у новорожденных. Информацию об инфекционном контроле, профилактике и надзоре за матерями и новорожденными, можно улучшить с помощью дозорных лабораторий.
3. Инвестировать в развитие человеческого потенциала и развитие навыков. Качество ухода за каждым новорожденным (включая жизненно важный уход за новорожденными и реанимацию, по требованию), должно быть обеспечено во всех центрах с помощью обучения сотрудников и наличия функционирующего оборудования. Обеспечение качества медицинской помощи для каждого новорожденного (включая основную медицинскую помощь новорожденным и реанимацию новорожденных) во всех учреждениях с использованием современных программ обучения по новорожденным для медицинских работников, включая медсестер, акушерок, врачей акушеров-гинекологов и педиатров. Стандартизированные учебные программы, такие как «Помогая детям



дышать», «Помогая детям выжить» и «Основной уход за новорожденными», были пилотированы в Кыргызской Республике и их можно расширить. Страна должна изучить возможности сотрудничества с ведущими академическими центрами как на региональном уровне, так на глобальном, в плане ухода за новорожденными чтобы разработать аккредитованные программы стажировок по неонатальной педиатрии, а также программы обучения по уходу за новорожденными.

4. Инвестировать в критические важные вмешательства по спасению жизни. В Кыргызской Республике уже существуют высокие показатели охвата по ключевым вмешательствам, за исключением использования противозачаточных средств и достигнуты самые большие успехи в борьбе с младенческой смертностью благодаря расширению охвата совокупностью услуг по уходу за маловесными и больными детьми. Мы считаем, что это будет включать следующее:
 - а. Инвестиции в качественный уход при преждевременных родах и соответствующие вмешательства по профилактике и уходу при преждевременных родах (токолитики, антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек, использование антенатальных стероидов, уход за новорожденными и стабилизация при рождении, метод «Кенгуру»).
 - б. Создание региональных отделений или модернизация существующих отделений для предоставления этих услуг (включая неонатальные отделения высокого риска с условиями для ухода за недоношенными детьми, включая назальный CPAP (аппарат искусственной вентиляции легких). Доступность и использование родовых стероидов и возможно сурфактантов в центрах по перенаправлению наряду с респираторным уходом, будут ключевым элементом качественной медицинской помощи для новорожденных.
 - в. Учитывая доказательства значительной заболеваемости и смертности новорожденных, особенно среди доношенных детей в регионах с базовыми учреждениями, Кыргызской Республике нужно инвестировать в надлежащую транспортную систему на областном уровне с сортировкой пострадавших и транспортировку женщин с высоким риском во время родов/осложнённой беременностью в региональные центры по охране здоровья матери и детей. Эти транспортные услуги должны быть укомплектованы адекватным числом хорошо обученных неонатальных медсестёр и терапевтов.
 - г. Улучшение послеродовой помощи, расширение и внедрение перинатального аудита на национальном уровне в рамках общего Плана Действий «Каждый новорождённый». Мы признаем, что эти инициативы были внедрены при поддержке ЮНИСЕФ и должны быть включены в национальный регистр новорожденных и процессы ежегодной отчетности.
5. Инвестировать в данные, которые используются для анализа и планирования. В Кыргызской Республике есть отличная база для отчётности по рождаемости и результатам родов, которую можно существенно улучшить с помощью ее расширения для ряда индикаторов охвата для матерей и новорожденных и потенциально младенцев/детей. В настоящее время, база данных содержит только меры, собранные в больницах, но может включать расширенный перечень показателей охвата женщин в родовом и послеродовом периоде, охватывая данные о качестве здоровья матери, питания и качества медицинской помощи. Полные и точные медицинские записи необходимы как для матери, так и для новорожденного с возможностью получения связанных данных, касающихся ухода за матерью и новорожденным, включая риски. Связанный набор данных будет полезен по многим причинам, включая выявление сфер для охвата, регионализацию ухода за матерями и новорожденными, а также выявление причин мертворождения. В конечном счете, связанный реестр здоровья матерей, новорожденных и, возможно, детей, станет идеальным источником информации, связывающим первую тысячу дней жизни ребенка со здоровьем и будущими результатами развития, а также результатами, основанными на проверенных диагностических категориях (МКБ-11). С течением времени, база данных «Регистр новорожденных» Кыргызстана, связывающая здоровье матерей, новорожденных и детей, будет особенно полезна, если она будет связана с регулярными (или, если возможно, в режиме реального времени) системами обратной связи и перинатальным аудитом ситуации с охраной здоровья матерей и новорожденных, включая мертворождения по времени и вскрытия.

Кыргызстан осуществил ряд важных стратегий и программ, связанных со здоровьем матерей и новорожденных, включая Манас и Манас Таалими, национальную стратегию в области репродуктивного здоровья и «Ден Соолук». Хотя наша оценка показала, что большинство политик и программ связаны с семью основными пакетами вмешательств для новорожденных на широком уровне, только «Ден Соолук» и связанная с ним конкретная программа «Национальная программа перинатальной помощи» прямо указывают на вмешательства, связанные с каждым пакетом. Продвижение конкретных действий по решению остаточного бремени материнской и неонатальной заболеваемости и смертности принесет максимальную пользу и потребует национальной стратегии, специально ориентированной на улучшение ухода за матерями и новорожденными.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Всемирный Банк. Показатели смертности, неонатальной смертности (на 1,000 живорождений) | Данные [интернет]. 2019 [процитировано, 4 апреля 2019]. Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT?locations=KG>
2. Всемирный Банк. Показатели смертности, среди детей до 5 лет (на 1,000 живорождений) | Данные [интернет]. 2019 [процитировано, 4 апреля 2019]. Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=KG>
3. Оценки I для НМ и GBD-ИПОЗ. Показатели неонатальной смертности; Глобально и в Кыргызстане [Интернет]. 2018. Доступно на: <http://www.healthdata.org/>
4. Модель ступенчатой системы оказания перинатальной/неонатальной медицинской помощи в Кыргызской Республике. 2008
5. ЮНФПА. Обзор прогресса в охране материнского здоровья региона Восточной Европы и Центральной Азии 2009.
6. И. Лежнев и А. Куттумуратова. Подходы к интегрированной системе мониторинга в Кыргызстане в целях улучшения здоровья матери и ребёнка. ВОЗ, 2009.
7. В.Лутз. Современные проблемы народонаселения региона Восточной Европы и Центральной Азии: Пробелы в исследованиях демографических тенденций. человеческого капитала и изменения климата. 2010. 33.
8. Азиатский Банк Развития. Бизнес-план операций по стране – Кыргызская Республика, 2011-2012 [Интернет]. 2015. Доступно из: http://data.worldbank.org/country/kyrgyz-republic#cp_wdi
9. А. Ибраимова, Б. Акказиева, А.Ибраимов, Э. Манжиева, Б.Рейчел. Обзор системы здравоохранения Кыргызстана. Health Syst Transit [Интернет]. 2011;13:xiii, xv–xx, 1-152. Доступно из: <http://libaccess.mcmaster.ca/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed13&AN=362736413%0Ahttp://sfx.scholarsportal.info/mcmaster?sid=OVID:embase&id=p-mid:21697030&id=doi:&issn=1817-6127&isbn=&volume=13&issue=3&spage>
10. Т.С. Раби, В.К. Тайлер, А.Аль-Омар, Ахмед СЕХЕТ, Т.Шаффер, Ч. Иманалиева, З.Бхутта, М.Фелан, П. Харви. Ситуационный анализ улучшения экономических результатов посредством расширения программ по питанию в Кыргызской Республике. 2011.
11. Азиатский Банк Развития. Отклик руководства- Оценка программы помощи стране по Кыргызской Республике. 2012.
12. Европейская экономическая комиссия ООН (ЕЭК ООН), отчет по достижению Целей Развития Тысячелетия в Европе и Центральной Азии, 2012
13. ЮНИСЕФ. Приверженность принципам обеспечения выживания детей: Подтверждение обязательств– отчет о достигнутых результатах, 2012.
14. Альберта Баччи. Улучшение качества ухода за матерями и новорожденными детьми в Кыргызской Республике: Оценка качества услуг по охране здоровья матерей и новорожденных на уровне больниц и уровне первичного звена медицинской помощи. 2012.
15. ЮНИСЕФ. Оценка эффективности программы по социальному равноправию на юге Кыргызстана – Центр социально-экономических исследований. 2012.
16. Коффи. Исследование Опросов по отслеживанию государственных расходов (ООГР/PETS) по здравоохранению и образованию в Кыргызской Республике – отчет о предоставлении медуслуг. 2012.

17. ПРООН. Кыргызская Республика: Третий отчет о прогрессе в отношении достижения Целей Развития Тысячелетия, 2013.
18. Всемирный Банк. Кыргызская Республика: отчет по развитию детей раннего возраста в рамках Системного подхода к улучшению результатов образования (SABER), 2013.
19. Международный Фонд Curatio. Прогресс в устранении узких мест в системе здравоохранения для достижения ЦРТ 4: Оценка вклада ЮНИСЕФ в 5 странах ЦВЕ/СНГ страновое резюме по Кыргызстану 2013
20. МЗ КР. МоиН КР. Рамочные основы ускорения достижения ЦРТ ООН в Кыргызстане. 2013.
21. Норвежский Хельсинкский комитет, ЮНФПА. Анализ проблемы ранних браков и раннего материнства в Кыргызстане. 2013.
22. Г.Мурзалиева, А. Карипова, Р.Чолурова, А.Ибраимов, Аналитическая заметка по материнской смертности в Кыргызской Республике. 2013.
23. ЮНИСЕФ. Региональный аналитический отчет, 2013 (Региональный офис по Центральной и Восточной Европе и Содружеству Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ). 2014; Доступно из: <http://www.imf.org/external/region/bal/rr/>
24. Т. Готсадзе и Ц. Занетти. Оценка программы ЮНИСЕФ по перинатальному уходу за 2010-2013 годы, отчет об оценке проекта [Интернет]. 2014. Доступно из: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/Pages_from_Evaluation_of_Perinatal_Care_Porgramme_Annexes.pdf
25. МЗ КР. Оценка знаний и осведомленности об опасных признаках беременности и детских заболеваниях в сообществах Ошской, Баткенской и Джалал-Абадской областей. 2012.
26. Т. Готсадзе и Ц. Занетти. Оценка программы ЮНИСЕФ по перинатальному уходу за 2010-2013 годы, отчет об оценке проекта [Интернет]. 2014. Доступно из: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Pages_from_Evaluation_of_Perinatal_Care_Porgramme_Report_Part_1.pdf
27. Отчет по Кыргызстану, 28 января 2014.
28. Дж.П. Азевадо, Нгуен М, Дж. Посадас. Взгляд на социальные секторы Кыргызской Республики [Интернет]. Документ по обсуждению социальной защиты и труда.№1505. 2015. Доступно из: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22756>
29. Т.Каммак, А.Темиров, С. Пиканиол, А. Липкан. Укрепление бюджетирования, ориентированного на социальное равноправие, для охраны здоровья матери, новорожденных и детей (ОЗМНД) в Центральной Азии. 2015.
30. Т. Готсадзе и К. Шалыева. Оценка страновой программы ЮНИСЕФ (2012-2016) и стратегическое позиционирование. 2016.
31. ВОЗ. Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызской Республике [Интернет]. 2016. Доступно из: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/325823/Pharmaceutical-pricing-reimbursement-reform-Kyrgyzstan.pdf?ua=1
32. Г. Нажимидинова. Аналитический обзор документов, относящихся к системе домашних визитов в Кыргызской Республике. 2016.
33. Азиатский Банк Развития. Информационный бюллетень страны-участницы Азиатского Банка Развития – Кыргызская Республика. 2017.
34. Экономический и Социальный Совет ООН. Документ по страновой программе: Кыргызстан 2017;500–706.
35. ЮНИСЕФ. Региональный аналитический отчет, 2016 (Региональный офис по Центральной и Восточной Европе и Содружеству Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ). 2017.

36. ЮНИСЕФ. Годовой отчет ЮНИСЕФ 2017 – Кыргызстан 2017;2017:1–52. Доступно из: https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Uganda_2017_COAR.pdf
37. Д. Коллинс, Дж. Фаррингтон, А. Концевая, А. Алтымышева. Повышение качества внедрения пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) в Кыргызстане: оценка смешанными методами. 2017.
38. GIZ. Проект стратегического плана для плана по повышению потенциала Национального перинатального центра (НПЦ). 2017;
39. ЮНИСЕФ. Региональный аналитический отчет, 2016. Региональный офис по Центральной и Восточной Европе и Содружеству Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ). 2017.
40. Дитер Насслер и Клаус Хорнетз. Поддержка планирования развития потенциала для Бишкекского Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид). 2017;24.
41. Межстрановая встреча для ускорения прогресса в охране здоровья матери и новорожденного в регионе Центральной Азии и Кавказа в контексте ЦУР 2017.
42. Ч.Айдыралиева. Анализ данных и документов по перинатальному уходу в Кыргызстане. 2017.
43. GIZ. Пропаганда перинатального здоровья в Кыргызстане. 2017.
44. Ч.Шо, Д.Алдашева, Е.Железняков. Качество услуг здравоохранения в Кыргызстане. 2017.
45. Азиатский Банк Развития. Страновая стратегия партнерства в Кыргызской Республике, 2018–2022 —Поддержка устойчивого роста, инклюзивного подхода и регионального сотрудничества. 2018;
46. ЮНИСЕФ. ГОРО (годовой отчет регионального офиса) 2017: Годовой отчет регионального офиса по странам Европы и Центральной Азии. 2018;
47. ВОЗ. Аналитический обзор организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызстане: о чем говорят факты? 2018.
48. ВОЗ. Обзор качества услуг здравоохранения в Кыргызстане. 2018.
49. ВОЗ. Всемирная Организация Здравоохранения в Кыргызстане. 2018.
50. МЗ КР. План Действий «Каждый новорожденный» (ПДКН), Упрощенный инструмент для отслеживания реализации в стране. 2018.
51. Т. Готсадзе. Перспективная практика: Внедрение практики досуточной госпитализации детей в Кыргызстане. 2018.
52. GIZ. Пропаганда перинатального здоровья в Кыргызстане – исследование о системе перенаправлений в перинатальной помощи. 2018.
53. Хаг Л, Шэрроу Д, Джонг К, Йю Д, Хо Дж, Ретно Маханани В, Ма Фат Д, Грув Дж, Луиза Стронг. Группа Всемирного Банка, Эми Сузуки К, Бэй Ж, и другие. Отчет о динамике детской смертности. 2018 [интернет]. 2018. Доступно на: <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2018/12/UN-Межучрежденческая-Группа-ООН-по-оценке-уровней-детской-смертности-Отчет-о-десткой-смертности-2018.pdf>
54. ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Группа Всемирного Банка, Отдел ООН по народонаселению. Тенденции в материнской смертности: с 1990 по 2015. 2015.
55. ЮНИСЕФ. Прогресс для каждого ребенка в эпоху ЦУР [Интернет] 2018. Доступно из: www.data.unicef.org
56. Всемирный Банк. Сельское население (% от общего населения) | Данные [интернет]. Открытые данные. 2019. Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=KG>
57. Могилевский Р, Абдразакова Н, Болотбекова А, Чалбасова С, Джумаева С, Тилекеев К. Результаты 25 летних сельскохозяйственных реформ в Кыргызстане. 2017;46.

58. Всемирный Банк. Индекс численности бедных, равный \$1.90 в день (2011 ППС) (% от населения) | Данные [интернет]. 2019 [процитировано, 4 апреля 2019]. Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY?locations=KG>
59. МакКи М, Хели Дж, Фалкинхэм Дж, редакторы. Медицинские услуги в Центральной Азии. Open University Press; 2002. 221
60. ВОЗ | Внутренние государственные расходы на здравоохранение (GGHE-D) в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) [Интернет]. ВОЗ. Всемирная организация здоровья; 2018 год [цитируется с 2019 года 7 мая]. Доступно из: https://www.who.int/gho/health_financing/public_exp_health/en/
61. Речел Б, Ахмедов М, Акказиева Б, Катсага А, Ходжамуродов Г, МакКи М. Уроки из двух деkad реформ здравоохранения в Центральной Азии. План политики здравоохранения. 2012;27:281–7.
62. Виинима ТГ. Системы здравоохранения и выживаемость матерей и детей в республиках Центральной Азии. J Nurs Scholarsh. 2000;32:301–6.
63. Всемирный Банк. Показатели смертности, младенцы (на 1,000 живорождений) | Данные [интернет].. 2019 [процитировано, 4 апреля 2019]. Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=KG>
64. Всемирный Банк. Показатели фертильности, общие (роды на одну женщину) | Данные [интернет]. 2019 [процитировано 4 апреля 2019]. Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=KG>
65. Всемирный Банк. Показатели фертильности среди подростков (роды на 1,000 женщин в возрасте 15-19) | Данные [интернет].. 2019 [с процитировано, 4 апреля 2019] Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?locations=KG>
66. Республика Кыргызстан. Обследования Здравоохранения и Демографии в Кыргызской Республике 1997. 1997.
67. (НСК) НСК КР] [Кыргызстан, International ICF. Обследования Здравоохранения и Демографии в Кыргызской Республике 2012. Бишкек; 2013.
68. Всемирный Банк. Женщины, которые впервые вышли замуж к 18 годам (% женщин в возрасте 20-24) | Данные [интернет]... 2019 [процитировано, 4 апреля 2019]. Доступно на: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.M18.2024.FE.ZS?locations=KG>
69. ЮНИСЕФ. Данные ЮНИСЕФ [интернет]. 2019 [процитировано, 10 апреля 2019]. Доступно на: <https://data.unicef.org/>
70. НСК Республики Кыргызстан, ЮНИСЕФ. Мульти-индикаторное кластерное обследование по Кыргызстану. Бишкек; 2014.
71. Крук МЕ, Гэйдж АД, Арсено К, Джордан К, Лесли ХХ, Родер- Де Ван С, Адейи О, Баркер П, Дэлманс Б, Дубова С.В и другие. Высококачественные системы здравоохранения в эпоху Целей Устойчивого Развития: время для революции. “Ланцет” Lancet Glob Heal [интернет]. Elsevier; 2018 [процитировано 3 апреля 2019];6:e1196–252. Доступно на: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30196093>
72. Бомела НДж. Социальные, экономические, медицинские и экологические детерминанты статуса питания детей в трех республиках Центральной Азии Public Health Nutr [интернет]. 2009;12:1871–7. Доступно на: <http://libaccess.mcmaster.ca/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=355903504>
73. Оценки UNIG по детской смертности. Оценки смертности новорожденных, Кыргызстан [Интернет]. 2018. Доступно на: <https://childmortality.org/data>
74. ЮНИСЕФ. Обследования МИКО [интернет]. 2018. Доступно на: <http://mics.unicef.org/surveys>
75. ОДЗ. Исследования ОДЗ [интернет]. 2018. Доступно на: <https://dhsprogram.com/data/>



76. Референс-группа по эпидемиологии Института здоровья ребенка (РГЭЗР). Основные причины детской смертности [интернет]. 2018. Доступно на: http://cherg.org/projects/underlying_causes.html
77. ВОЗ. Показатели материнской смертности (на 100 000 живорождений) | Данные [интернет]: ВОЗ 2014. [процитировано 23 мая 2019]. Доступно на: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en>
78. ЮНИСЕФ. Причины неонатальной смертности; Глобально и в Кыргызстане [Интернет]. 2018. Доступно на: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>
79. Хеди Д, Ходдинот Дж, Парк С. Учет изменений в питании в шести историях успеха: подход регрессии-декомпозиции. *Glob Food Sec* [интернет]. 2017 [процитировано 26 января 2018];13:12–20. Доступно на: https://ac.els-cdn.com/S2211912416300992/1-s2.0-S2211912416300992-main.pdf?_tid=9209ebf8-02c0-11e8-b418-00000aab0f6c&acdnat=1516988862_c5e6fc22372b9d1e863bd7c2f40686bc
80. Ян Б. Разложение Блиндера – Оахаки для моделей линейной регрессии Т. *Stata J Promot Commun Stat Stata* [Интернет]. 2008 [процитировано 8 апреля 2019];8:453–79. Доступно на: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1536867X08000800401>
81. Китс ЕК, Мачария В, Сингх НС, Аксиир Н, Равишанкар Н, Нгуги АК, Ризви А, Кхемба ЕН, Толе Дж, Бхутта ЗА. Ускорение прогресса Кении до 2030 года: понимание факторов смертности детей в возрасте до пяти лет с 1990 до 2015. *BMJ Glob Heal* [интернет]. 2018 [процитировано 8 апреля 2019] Доступно на: https://gh.bmj.com/content/3/3/e000655?csetoc=&utm_source=trendmd&utm_medium=cpc&utm_campaign=bmjgh&utm_content=consumer&utm_term=0-A
82. Хонг Р, Хор Д. Факторы, связанные со снижением смертности среди детей в возрасте до пяти лет в Камбодже, 2000-2010. 2010;2000–10.
83. Мосли ВХ, Чен ЛС. Аналитическая основа для изучения выживания детей в развивающихся странах. *Popul Dev Rev*. Нью-Йорк; 1984;10:25–45.
84. Виктория С Дж, Хаттли С Р, Фухс С К, Олинто М Т. Роль концептуальных основ в эпидемиологическом анализе: иерархический подход. *Int J Epidemiol*. 1997;26:224–7.
85. Рестрепо-Мендес МК, Баррос АДж, Блэк РЕ, Виктория СДж. Временные тренды социально-экономического неравенства в распространенности задержки роста: анализ повторных национальных обследований. *Public Health Nutr* [интернет]. 2014 [процитировано 26 января 2018];18:2097–104. Доступно на: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/EF1CE6743E496B38253093B2454813E5/S1368980014002924a.pdf/time_trends_in_socio-economic_inequalities_in_stunting_prevalence_analyses_of_repeated_national_surveys.pdf
86. Джонс Г, Стикити РВ, Блэк РЕ, Бхутта ЗА, Моррис СС, Чайлд Б, Груп СС. Сколько детских смертей мы можем предотвратить в этом году? *Ланцет* [Интернет]. 2003;362:65–71. Доступно на: www.thelancet.com65
87. Бхутта ЗА, Дас Дж.К, Бахл Р, Лоун Дж.Е, Салам РА, Пол ВК, Санкар МДж, Бленков Х, Ризви А, Чоу ВБ и другие. Могут ли имеющиеся вмешательства положить конец предотвратимым смертям матерей, новорожденных и мертворождений и какой ценой? *Ланцет*. 2014;384:347–70.
88. Бхутта ЗА, Дас Дж.К, Ризви А, Гэффи МФ, Волкер Н, Хортон С, Уэбб П, Ларти А, Блэк РЕ. Основанные на фактических данных вмешательства для улучшения питания матери и ребенка: что можно сделать и какой ценой? *Ланцет*. 2013;382:452–77.
89. Де Бернис Л, Кинни МВ, Стоунс В, Тен Хупе-Бендер П, Вивио Д, Лейшер СХ, Бхутта ЗА, Гильмезоглу М, Матаи М, Белизан ЖМ и другие. Мертворождения: прекращение предотвратимых смертей к 2030 году. *Ланцет*. 2016;387:703–16.
90. ВОЗ. Стандарты повышения качества ухода за матерями и новорожденными в медицинских учреждениях [Интернет]. ВОЗ; 2016. Доступно на: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/

91. Модель многоступенчатой системы оказания перинатальной/неонатальной медицинской помощи в Кыргызской Республике. 2008
92. Всемирный Банк, ЮНИСЕФ. Ситуационный анализ: улучшение экономических результатов за счет расширения программ питания в Кыргызской Республике Вашингтон, Округ Колумбия; 2011.
93. Всемирная Продовольственная Программа. Экстренная оценка продовольственной безопасности (EFSA). 2012.
94. Дхур А. Оценка продовольственной безопасности в Кыргызской Республике. 2008.
95. ЮНИСЕФ. ВОЗ. Опыт страны с инициативой Больниц доброжелательного отношения к ребенку (БДОР) [Интернет]. Нью-Йорк; 2017. Доступно на: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf
96. Министерство Юстиции. Закон о защите грудного вскармливания и регулировании сбыта детского питания. Кыргызстан: Министерство юстиции; 2008.
97. Кодекс Кыргызской Республики о Детях № 151 [интернет]. Бишкек: Министерство юстиции Кыргызской Республики; 2006 [процитировано 28 марта 2019]. Доступно на: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1949?cl=ru-ru#7>
98. Закон об обогащении муки хлебопекарной. Кыргызстан; 2009.
99. Шевчук С, Гаури К. Региональная программа обогащения пищевых продуктов в Афганистане / Центральной Азии [Интернет]. Женева, Швейцария; 2015. Доступно на: <https://www.gainhealth.org/wp-content/uploads/2014/07/Analysis-of-Food-Fortification-in-CAR-Afghanistan-and-Pakistan-ENG.pdf>
100. Кыргызская Республика. Закон о государственных пособиях для семей с детьми. Бишкек; 1991.
101. Национальная стратегия по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года (июль 15, 2006 No. 387) [Интернет]. Министерство юстиции КР; 2006 [процитировано 28 марта 2019]. Доступно на: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/4506?ckwds=%2B%25d0%25bd%25d0%25be%25d0%25b2%25d0%25be%25d1%2580%25d0%25be%25d0%25b6%25d0%25b4%25d0%25b5%25d0%25bd%25d0%25bd%25d1%258b%25d0%25b9>
102. Хасанов Р, Чойбаева Н, Дыйканбаева Г, Тен Л, Маматбекова А, Лукашова И, Молдошева А, Нажимидинова Г, Мурзалиева Г, Башмакова Л и другие. Кыргызская Республика: Третий отчет о прогрессе в отношении достижения Целей Развития Тысячелетия. Бишкек 2013.
103. Хусейнов С, Штайнгласс Р. Иммунизация и реформа сектора здравоохранения в Кыргызской Республике [Интернет]. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, Швейцария; 1999. Доступно на: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan046798.pdf>
104. Министерство юстиции КР. Постановление правительства о государственной программе «Здоровая нация» 1994-2000.” Бишкек;
105. ВОЗ. Национальная программа реформы здравоохранения «Ден соолук» в Кыргызской Республике на 2012-2016. 2011;1–59.
106. ЮНИСЕФ. Ситуационный анализ положения детей в Кыргызской Республике. 2011;255.
107. ЮНИСЕФ. Здоровье женщин и новорожденных детей в Чуйской области и Кыргызстане: оценка и обоснование вмешательств. Бишкек, Кыргызская Республика; 2009.
108. Национальный институт стратегических исследований, Сайкал М. Плюсы и минусы национальных программ реформирования здравоохранения «Манас», «Манас Таалими» и «Ден соолук». Бишкек;
109. Всемирный Банк. Совместная оценка бедности в Кыргызской Республике для Доклада о мировом развитии 2000/01 [Интернет]. Бишкек, Кыргызская Республика, 1999. Доступно на: <http://sitere-sources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/335642-1124115102975/1555199-1124138866347/kyrgyz.pdf>



110. Ямагучи А., Даниленко А. Водоснабжение и канализация в Кыргызской Республике: показатели эффективности.
111. ВОЗ / Центр анализа политики здравоохранения Кыргызской Республики. Интеграция Целей Устойчивого Развития на период до 2030 года в стратегические программы сектора здравоохранения Кыргызстана и Стратегию развития страны до 2030 года. Бишкек, Кыргызстан, 2017.
112. Новович Т., Ибраева Г., Габдулхаков Р. Среднесрочный обзор Рамочной программы ООН по оказанию помощи в целях развития (ЮНДАФ) для Кыргызской Республики (2012 - 2017 гг.). Бишкек, Кыргызстан;2015.
113. Всемирная Организация Здравоохранения. Национальная программа реформы здравоохранения «Ден соолук» в Кыргызской Республике на 2012- 2016 годы [Интернет]. Глобальная база данных об осуществлении действий в области питания (GINA). 2012. Доступно на: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23556>
114. Всемирная Организация Здравоохранения. Комплексная основа развития Кыргызской Республики [Интернет]. 2003. Доступно на: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ_2002_Comprehensive_Development_the_Framework_of_Kyrgyz_Republic_to_2010.pdf
115. Якобс К. Оценка концепции комплексного развития в Кыргызской Республике, «Волшебная пуля Центральной Азии» или «Белый слон»? Оценка [Интернет]. 2005;11:480–95. Доступно на: <http://www.kyrgyzinvest.kg>
116. Development Gateway Кыргызстана. Мониторинг и оценка [Интернет]. Комплексные рамки развития для Кыргызской Республики.2001. Доступно на: <http://eng.gateway.kg/content/strategies/cdf/92>
117. Стремление к выживанию ребенка: обновленное обещание [Интернет]: доступно на: www.promiserenewed.org
118. ЮНИСЕФ, Декларация Инноченти по Охране, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания. Прошлые достижения, нынешние проблемы и пути к кормлению детей грудного и раннего возраста [Интернет]. 1990. Доступно на: https://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti_plus15_BreastfeedingReport.pdf
119. Хорошее здоровье по доступным ценам: 25 лет спустя. Что представляет собой успешная система здравоохранения? [Интернет]. Репродуктивное здоровье имеет значение. 2012. 212-214. Доступно на: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2812%2939614-6>
120. Хардисон С., Фонкен П., Чу Т., Смит Б. Появление семейной медицины в Кыргызстане. Fam Med. 2007;39:627–33.
121. Воглер С., Хаасис М.А., Дедет Дж., Лам Дж., Педерсен Г.Б. Политика возмещения расходов на лекарства в Европе [Интернет 2018. Доступно на: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23486en/s23486en.pdf>
122. Центр Анализа политики здравоохранения. Качество услуг по охране здоровья матери ребенка, предоставляемых в пилотных больницах в Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской и Иссык-Кульской областях (2014-2017) [интернет]. 2014. Доступно на: https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org.kyrgyzstan/files/2018-01/Q_REPORT_EN.pdf
123. Мэнсфилд М, Ристола М. Обзор программы по ВИЧ в Кыргызстане [Интернет]. 2014. Доступно на: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
124. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), ЮНИСЕФ. Охват каждого новорожденного в рамках достижения задач в области здоровья 2020 [интернет]. 2018. Доступно на <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Final-Country-Progress-Report-v9-low-res.pdf>

125. Новый инструмент перинатального аудита ВОЗ на русском языке запущен в Узбекистане. Всемирная Организация Здравоохранения; 2016 [цитируется 7 мая 2019]; Доступно на: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2016/11/new-who-perinatal-audit-tool-in-russian-is-launched-in-uzbekistan>
126. ПРООН. Кыргызская Республика: Второй отчет о прогрессе в отношении достижения Целей Развития Тысячелетия [интернет]. Бишкек, Кыргызстан; 2010. Доступно на: <http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/mdg/the-first-millennium-development-goals-progress-report-in-the-ky.html>
127. Международная Организация Труда, Международная программа по искоренению детского труда. Детский труд в Кыргызстане: первоначальное исследование. Бишкек 2001.
128. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). Оценка в Кыргызстане [Интернет]. Всемирная Организация Здравоохранения; 2018 [процитировано 9 июля 2018]. Доступно на: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/child-and-adolescent-health2/children-at-home-and-in-primary-health-care/evaluation-in-kyrgyzstan>
129. ЮНИСЕФ. Годовой Отчет ЮНИСЕФ 2015- Кыргызстан. 2015;1–29.
130. Ландин Э., Иманалиева Ч., Мамырбаева Т., Тиммер А. Интеграция микронутриентного порошка в более широкую программу по здоровью и питанию детей в Кыргызстане. Ди Пи С, Флорес-Айяла Р, Ван Хиз Дж, Джеффердс МЕ, Иризарри Л, Кремер К, Монтероса Е, Тиммер А. редакторы. Домашнее обогащение питательными микроэлементами. Базель, Швейцария: Sight and Life, ЮНИСЕФ, ВПП ООН, HF-TAG; 2013. p. 23–30.
131. Глобальный форум по продовольственной безопасности и питанию в Европе и Центральной Азии. Программа продовольственной безопасности и питания для Кыргызстана в действии. Как реализовать политику наиболее эффективным способом, 2016, 1–6.
132. ЮСАИД. Проект ЮСАИД «Качественное здравоохранение» [интернет]. 2015. Доступно на: <https://www.usaid.gov/kyrgyz-republic/fact-sheets/usaid-quality-health-care-project>
133. ЮСАИД. Министерство Здравоохранения Кыргызстана поддерживает расширение успешного пилотного проекта ЮСАИД по амбулаторному лечению туберкулеза [Интернет]. Доступно на: [https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/Kyrgyz Ministry of Health supports expansion of successful USAID pilot for ambulatory treatment of TB.pdf](https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/Kyrgyz%20Ministry%20of%20Health%20supports%20expansion%20of%20successful%20USAID%20pilot%20for%20ambulatory%20treatment%20of%20TB.pdf)
134. ЮСАИД. Проект SPRING. Укрепление питания в системе здравоохранения в Кыргызской Республике: проект SPRING в Кыргызской Республике (сентябрь 2017). Вашингтон, Округ Колумбия; 2017
135. Посольство США в Кыргызской Республике. ЮСАИД представляет результаты проекта «Качественное здравоохранение» [интернет]. 2015. Доступно на: <https://kg.usembassy.gov/usaid-presents-results-quality-health-care-project/>
136. ЮСАИД. ЮСАИД улучшает качество туберкулезных лабораторных услуг [Интернет]. Кыргызская Республика . Доступно на: [https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/USAID improves quality of TB laboratory services.pdf](https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/USAID%20improves%20quality%20of%20TB%20laboratory%20services.pdf)
137. ЮСАИД. Пациенты помогают друг другу завершить лечение туберкулеза [Интернет]. Кыргызская Республика . Доступно на: [https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/Patients help each other complete TB treatment.pdf](https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/Patients%20help%20each%20other%20complete%20TB%20treatment.pdf)
138. Всемирный Банк. Кыргызская Республика: Основанное на результатах финансирование охраны здоровья матери и новорожденного: отчет по количественному базовому исследованию 2016.
139. Т. Готсадзе и К. Шалыева. Оценка страновой программы ЮНИСЕФ (2012-2016) и стратегическое позиционирование в Кыргызстане (2012-2016).



Для каждого ребенка

Кем бы он ни был.

Где бы он ни жил.

Каждый ребенок заслуживает детство.

Будущее.

Справедливый шанс.

Вот почему ЮНИСЕФ там.

Для каждого ребенка.

Работает изо дня в день.

В более чем 190 странах и территориях.

Добираясь до тех, кого труднее всего достичь.

Тех, кто больше всего нуждается в помощи.

Кто подвергается наибольшему риску.

Вот почему мы остаемся до конца.



для каждого ребенка

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)
пр. Чуй, 160, 720040
Бишкек, Кыргызская Республика
Телефон: 996 312 611 211 +доп.

bishkek@unicef.org

 www.unicef.org/kyrgyzstan

 www.facebook.com/UNICEFKyrgyzstan

 www.twitter.com/unicefkg

 www.instagram.com/unicefkg

© The United Nations Children's Fund (UNICEF), июль, 2021 г.