



УНИВЕРСИТЕТ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

ВЫСШАЯ ШКОЛА РАЗВИТИЯ

Институт государственного управления и политики

## Тенденции и факторы младенческой смертности в Кыргызстане: страновое исследование в рамках программы Countdown

Махдис Камали

Джеймс Э. Райт

Надя Аксир

Хана Ташич

Кейтлин Конвей

Саман Брар

Чолпон Иманалиева

Геррит Мариц

Арджуманд Ризви

Бактиар Станбеков

Сагынбу Абдувалиева

Эльвира Тоялиева

Зульфикар А. Бхутта





УНИВЕРСИТЕТ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

ВЫСШАЯ ШКОЛА РАЗВИТИЯ

Институт государственного управления и политики

Доклад #61, 2021

## «Тенденции и факторы младенческой смертности в Кыргызстане: страновое исследование в рамках программы Countdown»

Махдис Камали  
Джеймс Э. Райт  
Надя Аксир  
Хана Ташич  
Кейтлин Конвей

Саман Брар  
Чолпон Иманалиева  
Геррит Мариц  
Арджуманд Ризви  
Бактиар Станбеков

Сагынбу Абдувалиева  
Эльвира Тоялиева  
Зульфикар А. Бхутта

**Резюме:** Кыргызстан добился значительного прогресса в снижении детской смертности по сравнению с другими странами региона несмотря на сравнительно невысокие доходы. Однако материнская смертность по-прежнему высока. Используя имеющуюся систему регистрации рождений, мы стремились всесторонне оценить тенденции и детерминанты репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей до 5 лет в Кыргызстане.

Чтобы достичь и превзойти целевые значения по выживанию новорожденных и сокращению мертворождений (Цель устойчивого развития № 3), Кыргызстану необходимо расширить систему помощи маленьким и больным младенцам, обеспечить качественную помощь во всех медицинских учреждениях с региональной перинатальной помощью и создать интегрированный национальный регистр для матерей и новорожденных с быстрой обратной связью и подотчетностью.

**Рекомендация по оформлению статьи в списке литературы:** Камали, М., Райт Д. Э., Аксир, Н. и др. Тенденции и факторы младенческой смертности в Кыргызстане: страновое исследование в рамках программы Countdown // Доклады Института государственного управления и политики Университета Центральной Азии (УЦА). – 2021. – №61. – С. 1-61.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, неонатальная смертность, логистическая регрессия, декомпозиционный анализ.

**JEL коды:** I10, I14, I18

Институт государственной политики и управления был создан в 2011 году для содействия системным и углубленным исследованиям по вопросам, связанным с социально-экономическим развитием Центральной Азии, а также для изучения альтернативных вариантов политики.

Институт государственной политики и управления входит в состав Высшей школы развития Университет Центральной Азии (УЦА). УЦА был основан в 2000 году. Президенты Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана и Его Высочество Ага Хан подписали Международный договор и устав, учреждающие этот светский частный университет, ратифицированные соответствующими Парламентами и зарегистрированные в Организации Объединенных Наций.

Доклады Института государственной политики и управления – это рецензируемая серия, в которой публикуются материалы по широкому кругу тем, касающихся социальных и экономических вопросов, государственного управления и государственной политики в контексте Центральной Азии. Он задуман как динамичная площадка для того, чтобы авторы могли обмениваться идеями с аудиторией, интересующейся существующими и зарождающимися проблемами, стоящими перед всем регионом Центральной Азии. Комментарии к документу или вопросы по их содержанию следует направлять по адресу [ippa@ucentralasia.org](mailto:ippa@ucentralasia.org). Доклады могут цитироваться без получения предварительного разрешения.

#### **Редакторы серии:**

Богдан Кравченко и Роман Могилевский.

**Об авторах:** Центр глобального здоровья детей, Госпиталь для больных детей, Торонто, Канада - Махдис Камали, Джеймс Э. Райт, Надя Аксир, Хана Ташич, Кейтлин Конвей, Саман Брар, Зульфикар А. Бхутта

ЮНИСЕФ, Кыргызстан - Чолпон Иманалиева, Геррит Мариц

Отдел по охране здоровья женщин и детей, Университет Ага-Хана, Карачи, Пакистан - Арджуманд Ризви, Зульфикар А. Бхутта

Центр Электронного Здравоохранения, Министерство здравоохранения, Кыргызстан - Бактиар Станбеков

Национальный центр охраны материнства и детства, Министерство здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан - Сагынбу Абдувалиева,

Независимый эксперт по перинатальному уходу, Бишкек, Кыргызстан - Эльвира Тоялиева

Данная публикация представляет собой перевод на русский язык статьи Kamali, M., Wright, J.E., Akseer, N., et al. (2021) Trends and determinants of newborn mortality in Kyrgyzstan: a Countdown country case study. The Lancet Global Health. Vol. 9, Issue 3, E352-E360. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30478-2.

Перевод осуществлен Институтом государственного управления и политики УЦА с разрешения авторов.

Фото на обложке: ЮНИСЕФ

ISSN: 2664-7001

Авторское право © 2021

Университет Центральной Азии

720001, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Токтогула, 138

Тел.: +996 (312) 910 822, E-mail: [ippa@ucentralasia.org](mailto:ippa@ucentralasia.org)

Содержание настоящего документа является исключительно предметом ответственности авторов и ни в коей мере не является отражением взглядов Университета Центральной Азии. Текст и данные настоящей публикации могут быть воспроизведены при условии указания источника.

## Содержание

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Введение</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>Методы</b> .....  | <b>6</b>  |
| 1.1. Общие характеристики исследования .....                               | 6         |
| 1.2. Источники данных и управление ими .....                               | 7         |
| 1.3. Статистический анализ .....   | 8         |
| 1.4. Оценка политики и вмешательств .....                                  | 10        |
| 1.5. Роль источника финансирования .....                                   | 10        |
| <b>Результаты</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>Обсуждение</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>Благодарности</b> .....   | <b>17</b> |
| <b>Приложение – Смертность новорожденных в Кыргызской Республике</b> ..... | <b>18</b> |
| Описание политик и программ .....  | 34        |
| i. Законы, нормативные акты и указы .....                                  | 34        |
| ii. Политики .....   | 35        |
| iii. Программы .....   | 37        |
| <b>Комментарий</b> .....   | <b>53</b> |
| <b>Список литературы</b> .....   | <b>56</b> |

## Таблицы

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Таблица 1. Основные контекстные, демографические и медико-санитарные показатели стран Центральной Азии – членов ВОЗ</b> ..... | <b>18</b> |
| <b>Таблица 2. Разбивка показателей исследования и источников данных</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>Таблица 5. Факторы, способствующие снижению неонатальной смертности в Кыргызстане, MICS 2018 и DHS 1997</b> .....             | <b>31</b> |
| <b>Таблица 6. Категоризация законов, политики и программ в Кыргызстане, имеющих отношение к семи пакетам LiST</b> .....          | <b>42</b> |
| <b>Таблица 7. Предположения об охвате вмешательством для анализа LiST</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>Таблица 8. Количество жизней, спасенных с помощью мероприятий Плана действий для каждого новорожденного (ENAP)</b> .....      | <b>48</b> |
| <b>Таблица 9. Рассмотренные документы и отчеты</b> .....   | <b>51</b> |

## Рисунки

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Рисунок 1. Тенденции смертности в Кыргызстане и регионе Центральной Азии для матерей (А), детей младше 5 лет (В) и новорожденных (С)</b> .....           | <b>9</b>  |
| <b>Рисунок 2. Охват мероприятиями вмешательства, направленными на сохранение жизни и здоровья матери и новорожденного по областям, MICS 2018</b> ...        | <b>12</b> |
| <b>Рисунок 3. Расчетное количество жизней новорожденных, спасенных в 2020–2030 гг, с предположением увеличения до 90 % к 2025 г. и 99 % к 2030 г.</b> ..... | <b>13</b> |
| <b>Рисунок 4. Количество зарегистрированных рождений по областям</b> .....  | <b>20</b> |
| <b>Рисунок 5. Количество зарегистрированных смертей по областям</b> .....   | <b>20</b> |
| <b>Рисунок 6. Концептуальная основа выживаемости новорожденных (1)</b> .....  | <b>22</b> |
| <b>Рисунок 7. Материнская смертность в регионе Центральной Азии и Кыргызстане</b>   | <b>22</b> |

|   |    |
|---|----|
| Рисунок 8. Тенденции мертворождений, 1990-2017 .....  | 23 |
| Рисунок 9. Смертность среди детей до пяти лет в регионе Центральной Азии и Кыргызстане .....  | 23 |
| Рисунок 10. Неонатальная смертность в регионе Центральной Азии и Кыргызстане  | 23 |
| Рисунок 11. Тенденции неонатальной смертности по областям, 2013–2017 .....  | 24 |
| Рисунок 12. А) Неонатальная смертность на района в 2017 г. В) Годовые темпы снижения неонатальной смертности по областям, 1997-2018 гг.....   | 24 |
| Рисунок 13. Неонатальная смертность в DHS 1997 (выше) и MICS 2018 (ниже) .....  | 25 |
| Рисунок 14. Диаграммы неонатальной смертности по некоторым измерениям уровня жизни для DHS 1997, DHS 2012, MICS 2018.....   | 25 |
| Рисунок 15. Сравнение охвата мероприятий по сохранению здоровья матери и новорожденного по квинтилям благосостояния, DHS 1997 с MICS 2014 и MICS 2018 .....   | 26 |
| Рисунок 16. Сравнение охвата мероприятий по сохранению здоровья матери и новорожденного по местности проживания, DHS 1997 с MICS 2014 и MICS 2018 .....   | 26 |
| Рисунок 17. Качество мероприятий по сохранению здоровья матери и новорожденного, 2005-2018 гг.....  | 26 |
| Рисунок 18. Процент матерей, состояние здоровья которых было проверено после выписки из медицинского учреждения, и место проведения проверки  | 27 |
| Рисунок 19. Основные причины неонатальной смертности в Кыргызской Республике по данным Национального реестра рождений (2013–2017), согласно оценкам CHERG (2017) и IHME-GBD (2017).....                             | 27 |
| Рисунок 20. Основные причины неонатальной смертности среди младенцев с нормальной массой тела при рождении ( $\geq 2500$ г) и низкой массой тела ( $< 2500$ г) в Кыргызстане, 2013–2017 гг. (Реестр рождений) ..... | 28 |
| Рисунок 21. Основные причины смерти доношенных (срок беременности $\geq 37$ недель) и недоношенных детей (срок беременности менее 37 недель), 2013–2017 гг. (Реестр рождений).....                                  | 28 |
| Рисунок 22. Основные причины антенатальной и интранатальной смертности, 2013 - 2017 гг. (Реестр рождений) .....   | 29 |
| Рисунок 23. Сроки смерти новорожденных по дням, 2013–2017 гг. (Реестр рождений) .....   | 29 |
| Рисунок 24. Распределение мертворождений по срокам, 2013–2017 гг. (Реестр рождений) .....   | 30 |
| Рисунок 25. Распределение мертворождений по срокам, 2013–2017 гг. (Реестр рождений) .....   | 30 |
| Рисунок 26. Относительный вклад каждого фактора в наблюдаемое снижение неонатальной смертности (DHS 1997, MICS 2018).....   | 33 |
| Рисунок 27. Законы, политика, программы и способствующие факторы, связанные со смертностью новорожденных в 1990–2018 гг. ....   | 33 |
| Рисунок 28. Официальная помощь в целях развития, полученная и выплаченная на охрану здоровья матери, новорожденного и ребенка.....  | 46 |
| Рисунок 29 а. Общее количество жизней матерей, спасенных благодаря вмешательствам в 2018–2030 гг., в целом по стране .....  | 49 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Рисунок 29 б. Количество жизней матерей, ежегодно спасаемых благодаря вмешательствам в Кыргызстане, 2018–2030 гг.....</b> | <b>49</b> |
| <b>Рисунок 30 а. Количество спасенных мертворожденных благодаря вмешательствам в Кыргызстане, 2018–2030 гг.....</b>          | <b>50</b> |
| <b>Рисунок 30 б. Количество спасенных мертворожденных благодаря вмешательствам в Кыргызстане, 2018-2030 гг.....</b>          | <b>50</b> |

### Список сокращений и условных обозначений

|        |   |
|--------|---|
| ЦРТ    | Цели развития тысячелетия                   |
| ЦУР    | Цели устойчивого развития                   |
| ООН    | Организация Объединенных Наций              |
| НРР    | Национальный реестр рождений                |
| США    | Соединенные Штаты Америки                   |
| Юнисеф | Детский фонд ООН                            |
| УЕП    | Универсальное ежемесячное пособие           |
| ЕСП    | Ежемесячное социальное пособие              |
| ВИЧ    | Вирус иммуно-дефицита человека              |
| ВОЗ    | Всемирная организация здравоохранения       |
| ФОМС   | Фонд обязательного медицинского страхования |
| ПГГУ   | Пакет гарантированных государством услуг    |
| ДПЛ    | Дополнительный пакет лекарств               |
| ЭПП    | Эффективная перинатальная помощь            |
| РН     | Реанимация новорожденных                    |
| ЭНП    | Эффективная неонатальная помощь             |
| ДКЗ    | Деревенские комитеты здоровья               |
| НССБ   | Национальная стратегия сокращения бедности  |

## Введение

Кыргызстан является страной с уровнем дохода ниже среднего с населением 6,2 млн человек, в которой более 100 различных этнических групп проживают в основном в горной сельской местности в семи провинциях (областях)<sup>1 2</sup>. После распада Советского Союза в 1991 г. Кыргызстан и несколько других центральноазиатских республик пережили период серьезного экономического кризиса<sup>3</sup>. После стремительного экономического спада Кыргызстан перешел к рыночной экономике, однако примерно 25 % населения все еще находятся ниже черты бедности (приложение 6, с 1).<sup>1</sup>

Несмотря на реформы в сфере здравоохранения, показатель материнской смертности в Кыргызстане – один из самых высоких в центральноазиатском регионе: 76 смертей на 100000 живорождений в 2015 г.<sup>4</sup>. Однако уровень смертности детей младше 5 лет заметно снизился с 65 смертей на 1000 живорождений в 1990 г. до 21 в 2015 г., благодаря чему Кыргызстан стал одной из 24 стран с уровнем дохода ниже среднего, которые достигли Четвертой цели развития тысячелетия (ЦРТ)<sup>5, 6</sup>.

Кыргызстан уникален среди стран с уровнем дохода ниже среднего, поскольку более десяти лет назад в стране были осуществлены инвестиции в комплексную систему регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения<sup>7 8</sup>. В 2009 г. в экспериментальном порядке Министерство здравоохранения Кыргызстана внедрило систему контроля регистрации новорожденных в отдельных центрах первичной медико-санитарной помощи, которая к 2014 г. постепенно охватила эти центры по всей стране. Однако эти данные не использовались для разработки политики по улучшению перинатальной помощи и помощи новорожденным. Регистрация рождений и смертей имеет основополагающее значение для социальной интеграции и обеспечения прав человека, а также для мониторинга прогресса в достижении Целей устойчивого развития (ЦУР), особенно потому, что 15 из 17 ЦУР включают показатели, требующие регистрации актов гражданского состояния и данных статистики естественного движения населения.<sup>9</sup>

В данном исследовании мы стремились изучить тенденции и факторы репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей в Кыргызстане в период с 1990 по 2018 г., используя реестр рождений и имеющиеся данные обследований. Мы также рассмотрели последствия наших выводов для политики.

## Методы

### 1.1. Общие характеристики исследования

Для этого странового тематического исследования в рамках программы Countdown («Обратный отсчет времени до 2030 года») мы провели оценку общих для всей страны

1 Victora C G, Huttly, S R, Fuchs, S C, Olinto, M T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997; 26(1): 224–7.

2 World Bank, UNICEF. *Situational Analysis: Improving economic outcomes by expanding nutrition programming in the Kyrgyz Republic.* Washington, D.C.; 2011.

3 World Food Programme. *Emergency Food Security Assessment (EFSA).* 2012.

4 Dhur A. *Food Security Assessment in the Kyrgyzstan Republic.* 2008.

5 UNICEF, WHO. *Country experiences with the baby-friendly hospital initiative* [Internet]. New York, New York; 2017. Available from: [https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI\\_Case\\_Studies\\_FINAL.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf)

6 Justice M of. *Law on protection of breastfeeding and regulation of marketing of infant food.* Kyrgyzstan: Ministry of Justice; 2008.

7 Code of the Kyrgyz Republic of Children № 151 [Internet]. Bishkek: Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic; 2006 [date accessed 2019 Mar 28]. Available from: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1949?cl=ru-ru#7>

8 *Law on the Fortification of Baking Flour.* Kyrgyzstan; 2009.

9 Shevchuk S, Ghauri K. *Afghanistan/Central Asia Regional Food Fortification Program* [Internet]. Geneva, Switzerland; 2015. Available from: <https://www.gainhealth.org/wp-content/uploads/2014/07/Analysis-of-Food-Fortification-in-CAR-Afghanistan-and-Pakistan-ENG.pdf>

и областных тенденций смертности матерей, новорожденных и детей в возрасте до 5 лет; проанализировали причины смерти; охват и расходы на мероприятия по охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей. Мертворождение определялось как рождение без признаков жизни после 20 недель беременности, а новорожденными считались дети в возрасте 0–28 дней. Мы также смоделировали количество жизней, которые можно было бы спасти, расширив масштабы этих мероприятий. Одобренные этических норм мы получили от руководства Больницы для больных детей (Торонто, Канада), а с Министерством здравоохранения Кыргызстана было заключено соглашение о передаче данных, дающее нам право использовать анонимные данные для нашего исследования.

## 1.2. Источники данных и управление ими

Мы просмотрели все онлайн-хранилища данных с информацией хорошего качества о репродуктивном здоровье, здоровье матери, новорожденного и ребенка и определяющих их факторах в Кыргызстане (приложение 6, с. 1). Оценки детской смертности и причин смерти в стране мы получили от Межведомственной группы ООН по оценке детской смертности (UN-IGME)<sup>5</sup>, Института показателей и оценки здоровья (IHME) за 1990–2018 гг.<sup>10</sup> и от Межведомственной группы ООН по оценке материнской смертности за 1990–2015 гг.<sup>4</sup>. Мы проанализировали данные на уровне домохозяйств, изложенные в Кластерных обследованиях по множественным показателям (MICS)<sup>11 12 13</sup> за 2006–2018 гг., а также из Обследований демографических характеристик и состояния здоровья населения (DHS)<sup>14 15</sup> за 1997–2012 гг.

По соглашению с Министерством здравоохранения Кыргызстана мы получили доступ к анонимным данным национального реестра рождений (НРР) за 2010–2017 гг. В соответствии с законодательством Кыргызстана, в реестре рождений собирается информация, касающаяся здоровья матери и новорожденного, массы тела при рождении и исходов беременности, а также течения беременности, мертворождений, осложнений и причин смерти новорожденных для всех живорождений с массой тела более 500 г из всех медицинских учреждений в странах. Кроме того, нам была предоставлена информация о смертности 920 новорожденных в возрасте от 30 дней до 1 года, которые умерли вне медицинских учреждений в 2013–2017 гг., из дополнительного реестра младенческой смертности Министерства здравоохранения.

Мы обнаружили, что количество рождений в НРР в 2013–2017 гг. было сопоставимо с количеством рождений по оценке Отдела народонаселения ООН (разница в диапазоне 0–3 %<sup>16</sup> приложение 6, с. 2) и с общим распределением в пределах страны (приложение 6, с. 3), за исключением Джалал-Абада, где внедрение системы регистрации было завершено только в 2014 г. Для определения показателей смертности новорожденных и детей,

10 Kyrgyz Republic. Law on state benefits for families with children. Bishkek; 1991.

11 National Strategy for the Protection of Reproductive Health of the Population of the Kyrgyz Republic until 2015 (July 15, 2006 No. 387) [Internet]. Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic; 2006 [date accessed 2019 Mar 28]. Available from: <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>

12 Hasanov R, Choibaeva N, Dyikanbaeva G, et al. Third Report on Progress Towards Achieving the Millenium Development Goals-UNDP [Internet]. Bishkek, Kyrgyz Republic; 2013 [date accessed 2019 Apr 10]. Available from: <https://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/mdg/third-mdg-progress-report-kyrgyzstan.html>

13 UNFPA. A Review of Progress in Maternal Health in Eastern Europe and Central Asia [Internet]. 2009 [date accessed 2019 Apr 15]. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/review-progress-maternal-health-eastern-europe-and-central-asia>

14 Huseynov S, Steinglass R. Immunization and health sector reform in the Kyrgyz Republic [Internet]. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 1999. Available from: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan046798.pdf>

15 Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic. Government decree state program "Healthy Nation 1994-2000." Bishkek.

16 Ibraimova A, Akkazieva B, Ibraimov A, Manzhieva E, Rechel B. Kyrgyzstan: Health system review [Internet]. Vol. 13, Health systems in transition. 2011 [date accessed 2019 Apr 14]. p. xiii, xv–xx, 1–152. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/142613/e95045.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/142613/e95045.pdf)



мертворождений и причин смерти мы использовали данные за 2013–2017 гг., исключив пилотный этап регистрации рождений. Кроме того, мы оценили охват и диспропорции основных мероприятий по охране здоровья матери и новорожденного, используя стандартные методы и определения программы Обратный счет (Countdown)<sup>17</sup> (приложение 6, с. 3–4). Все источники данных были взвешены одинаково и сравнивались по различным результатам.

### 1.3. Статистический анализ

Были проведены расчеты количества смертей по возрастным группам и оценки общего числа живорождений на основе данных НРР, которые затем были сопоставлены с глобальными оценками и оценками для Кыргызстана, построенными в UN-IGME,<sup>5</sup> MICS<sup>12,13</sup> и DHS<sup>14,15</sup>. Мы разбили показатели неонатальной смертности по географическому признаку (областной и районный уровень), территории проживания (сельская или городская) и уровню благосостояния (индексы активов). Для простоты интерпретации данные по квинтилям благосостояния были свернуты для двух нижних квинтилей и двух верхних квинтилей. Мы оценили охват основными мероприятиями по охране здоровья матерей и новорожденных на протяжении всего периода оказания медицинской помощи, используя данные, собранные в рамках MICS 2018<sup>13</sup>, а для анализа тенденций мы провели сравнение с имеющимися оценками из Обследований демографических характеристик и состояния здоровья населения (DHS) за 2012 и за 1997 гг.<sup>14,15</sup>

Основные причины смерти новорожденных и мертворождений, согласно оценкам, построенным по данным НРР за 2013–2017 гг., были объединены и сопоставлены с оценками, смоделированными UN-IGME<sup>5</sup> и Референтной группой по эпидемиологии здоровья детей (CHERG)<sup>18</sup>. Коды Международной классификации болезней (десятое издание), используемой в НРР, были объединены в семь групп (асфиксия, врожденные пороки развития, гипоксия, инфекция, недоношенность, респираторные заболевания и другие) с теми же классификациями, которые использовались UN-IGME.<sup>5</sup>

Учитывая известные связи с исходами беременности<sup>19</sup>, мы оценили риск различных исходов родов путем стратификации оценок показателей смертности новорожденных по четырем категориям с использованием обобщенного линейного моделирования с экспоненциальной функцией: доношенные новорожденные ( $\geq 37$  недель беременности) с малым весом для данного срока беременности, недоношенные ( $< 37$  недель) с весом, соответствующим сроку беременности, недоношенные с малым весом для данного срока беременности, доношенные с весом, соответствующим сроку беременности. Классификация по массе тела соответственно сроку беременности для каждого новорожденного была рассчитана с помощью калькулятора размера новорожденного INTERGROWTH-21st.<sup>20</sup>

Чтобы определить социально-демографические и контекстные факторы, связанные с наблюдаемым снижением показателей смертности новорожденных, мы выполнили декомпозицию Вахаки-Блайндера<sup>21</sup>, используя информацию на уровне домохозяйств, полученную из DHS 1997 и MICS 2018, причем особое внимание уделялось количеству

17 WHO. Den Sooluk National Health Reform Program in the Kyrgyz Republic for 2012-2016 [Internet]. 2011 [date accessed 2019 Apr 16]. p. 1–59. Available from: [https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ\\_2012-2016\\_Den\\_Sooluk\\_-\\_National\\_Health\\_Plan.pdf](https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ_2012-2016_Den_Sooluk_-_National_Health_Plan.pdf)

18 UNICEF. SITUATION ASSESSMENT OF CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC. 2011; 255

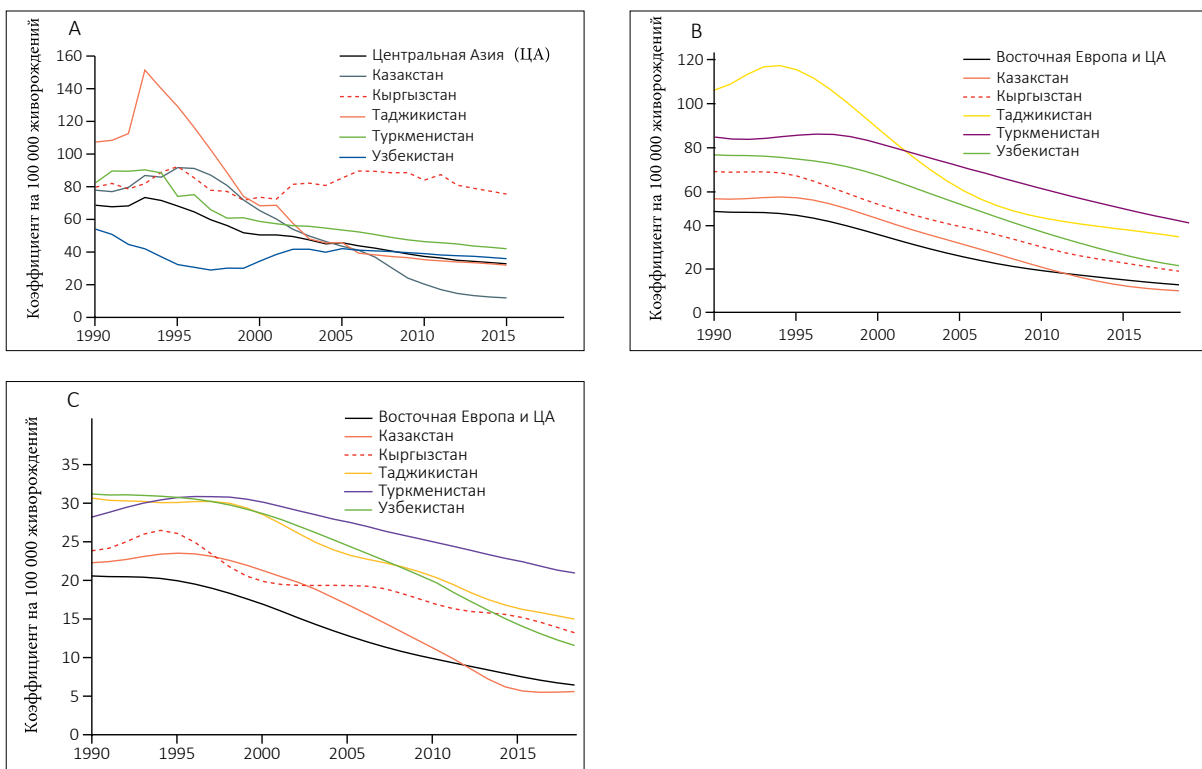
19 UNICEF. Maternal and Newborn Health in Chui Province & Kyrgyzstan: Assessment and Implications for Interventions. Bishkek, Kyrgyz Republic; 2009

20 Saikal M. Pros and cons of national health reform programs “Manas”, “Manas Taalimi” and “Den sooluk.” Bishkek

21 World Bank. Participatory Poverty Assessment in the Kyrgyz Republic For the World Development Report 2000/01 [Internet]. Bishkek, Kyrgyz Republic; 1999. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/335642-1124115102975/1555199-1124138866347/kyrgyz.pdf>

рождений и смертей новорожденных за 5 лет, предшествующих каждому обследованию. Мы разработали концептуальную основу для иерархических определяющих факторов выживаемости новорожденных<sup>22 23 24 25</sup> (приложение 6, с. 4) и использовали многоуровневую логистическую регрессию со смешанными эффектами в сочетании со стратегиями построения иерархических моделей с коэффициентами смертности новорожденных в качестве зависимой переменной. Первоначально рассчитывались нескорректированные связи между каждой из независимых переменных и коэффициентами смертности новорожденных с сохранением любой переменной с  $p < 0,20$ . Переменные со скорректированным  $p < 0,15$  были затем сохранены и скорректированы с учетом мультиколлинеарности с использованием факторов увеличения дисперсии, при этом считалось, что более трех факторов являются показателем высокой корреляции между переменными. Коэффициенты из этой окончательной модели были умножены на изменение пропорций для каждого социально-демографического фактора в период с 1997 по 2018 г., суммированы и возведены в степень для получения оценок относительного риска (ОР) на каждом уровне в отдельности и в целом<sup>26</sup>. Все анализы проводились с помощью STATA версии 14.0 и были скорректированы с учетом плана обследования и весов выборки.

**Рисунок 1. Тенденции смертности в Кыргызстане и регионе Центральной Азии для матерей (А), детей младше 5 лет (В) и новорожденных (С)**



- 22 Yamaguchi A, Danilenko A. Water and Sewerage Utilities in the Kyrgyz Republic: Performance Indicators
- 23 WHO/Kyrgyz Republic Health Policy Analysis Centre. Integration of the Sustainable Development Goals 2030 in the strategic programs of Kyrgyzstan's healthcare sector and the country's Development Strategy 2030. Bishkek, Kyrgyzstan; 2017.
- 24 Novovic T, Ibraeva G, Gabdulhakov R. Mid Term Review of the United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for Kyrgyz Republic (2012–2017). Bishkek, Kyrgyzstan; 2015
- 25 World Health Organization. Den Sooluk National Health Reform Program in the Kyrgyz Republic for 2012– 2016 [Internet]. Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). 2012. Available from: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23556>
- 26 World Health Organization. Comprehensive Development Framework of the Kyrgyz Republic [Internet]. 2003. Available from: [https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ\\_2002\\_Comprehensive\\_Development\\_the\\_Framework\\_of\\_Kyrgyz\\_Republic\\_to\\_2010.pdf](https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ_2002_Comprehensive_Development_the_Framework_of_Kyrgyz_Republic_to_2010.pdf)

#### 1.4. Оценка политики и вмешательств

Мы проанализировали все исходные политики, законы, законодательство, стратегии и программные документы, касающиеся здоровья новорожденных, прогресса в достижении ЦРТ и планирования достижения ЦУР в Кыргызстане, а также оценили их связь с семью основными пакетами вмешательств для новорожденных: коррекция питания до зачатия, дородовое наблюдение, расширенное дородовое наблюдение, уход во время схваток и родов, уход за новорожденным сразу после родов, уход за здоровыми новорожденными, а также уход за новорожденными с малым весом и больными новорожденными. Мы оценили национальные расходы на охрану репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, используя данные официальной медицинской помощи в целях развития из базы данных Countdown и дополнительную информацию о внутреннем финансировании, полученную от Всемирного банка<sup>1</sup> 27. Были проведены две крупные национальные консультации с заинтересованными сторонами для обмена выводами и получения отзывов.

Мы оценили эффект систематического расширения охвата различных научно обоснованных вмешательств на снижение бремени материнской, внутриутробной смертности, смертности новорожденных и детской смертности с помощью инструмента Lives Saved Tool (LiST)<sup>28</sup>, который использует оценки эффективности вмешательств, описанных в нескольких номерах Lancet<sup>29 30 31 32</sup>. Базовый охват вмешательств был взят из MICS 2018<sup>13</sup>, а там, где оценок не было, использовались оценки покрытия LiST для Кыргызстана по умолчанию. Мы смоделировали расширение охвата с самых последних данных до 90 % в 2019–2025 гг. и до 99 % в 2026–2030 гг. с учетом 15 обязательств Кыргызстана как страны, стремящейся охватить услугами здравоохранения все население.

#### 1.5. Роль источника финансирования

Спонсоры исследования не играли никакой роли в разработке плана исследования, сборе данных, анализе данных, интерпретации данных или написании отчета. Все авторы имели полный доступ ко всем данным в исследовании. Соответствующий автор несет полную ответственность за решение направить статью для публикации.

## Результаты

За период действия программы ЦРТ (1990–2015) материнская смертность в Кыргызстане снизилась всего лишь на 7 % (с 82 до 76 смертей на 100000 живых 69 новорожденных) по сравнению с 54 % во всем Центральноазиатском регионе (до 32 на 100 живых новорожденных; рисунок 1А, приложение 6, стр. 5). Уровень мертворождаемости в Кыргызстане оставался довольно постоянным, снизившись с примерно 14 на 1000 рождений в 2000 г. до 10 на 1000 к 2015 г. (приложение 6, с. 5); коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет снизился на 69 % в период с 1990 по 2017 г., с 64,8 до 20,0 на 1000 живорождений (рисунок 1В; приложение 6, с. 6); а уровень смертности новорожденных снизился на 46 % (с 24 на 1000 живорождений в 1990 г. до 13 в 2017 году; рисунок 1С) по сравнению со сни-

27 Jacobs C. Evaluating the Comprehensive Development Framework in Kyrgyz Republic, Central Asia Magic Bullet or White Elephant? Evaluation [Internet]. 2005;11(4):480–95. Available from: <http://www.kyrgyzinvest.kg>

28 Kyrgyzstan Development Gateway. Monitoring and Evaluation [Internet]. Comprehensive Development Framework for the Kyrgyz Republic. 2001. Available from: <http://eng.gateway.kg/content/strategies/cdf/92>

29 Committing to Child Survival: A Promise Renewed [Internet]. [date accessed 2019 May 7]. Available from: [www.apromiserenewed.org](http://www.apromiserenewed.org)

30 UNICEF Innocenti Research Centre. Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding Past Achievements, Present Challenges and the Way Forward for Infant and Young Child Feeding [Internet]. 1990 [date accessed 2019 Apr 3]. Available from: [https://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti\\_plus15\\_BreastfeedingReport.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti_plus15_BreastfeedingReport.pdf)

31 Good Health at Low Cost: 25 years on. What makes a successful health system? [Internet]. Vol. 20, Reproductive Health Matters. 2012. 212–214 p. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2812%2939614-6>

32 Hardison C, Fonken P, Chew T, Smith B. The emergence of family medicine in Kyrgyzstan. Fam Med. 2007;39(9):627–33

жением на 70 % в регионе (с 21 на 1000 живорождений в 1990 г. до 6 в 2017 г.; приложение 6, с. 6).

Показатели младенческой смертности в разных областях страны разные (приложение 6, с. 7). Соответственно, в период с 2013 по 2017 г. в городе Ош уровень смертности новорожденных был высокий (от 35 до 26 на 1000 живых новорожденных), тогда как в Чуйской, Ошской и Иссык-Кульской областях уровень смертности был ниже: 10 на 1000 живых новорожденных. Эти результаты, возможно, отражают относительную плотность населения и уровень рождаемости. Наибольшее общее снижение показателей смертности новорожденных на областном уровне в 2013–2017 гг. наблюдалось в городе Ош, затем в Чуйской, Баткенской и Таласской областях, а наименьшее – в Бишкеке (приложение 6, с. 8). Учитывая ограниченный диапазон годовых данных из НРР, мы использовали данные обследований, чтобы изучить годовые темпы изменения показателей смертности новорожденных на уровне области за 11-летний период. В Таласе наблюдалось наибольшее улучшение показателей смертности новорожденных: с 72,8 на 1000 живорождений в 1997 г. до 9,3 в 2018 г., тогда как в Нарыне снижение смертности было наименьшим – ежегодный темп составил 0,3 на 1000 живых новорожденных. В целом, неравенство между областями и неравенство, связанное с уровнем образования матерей и материальным благосостоянием, также сократилось с 1997 г. (приложение 6, с. 9–10).

В 2018 г. охват наиболее важными мероприятиями по охране здоровья матерей и новорожденных был высоким (рисунок 2), но различия на уровне областей существовали, например, распространенность использования противозачаточных средств оценивалась ниже 40 % в целом по всей стране – от 51 % в Таласе до всего лишь 26 % в Джалал-Абаде. За исключением использования современных противозачаточных средств и послеродового ухода за новорожденными и матерями, неравенство в доступе к вмешательствам было незначительным в зависимости от благосостояния или места проживания (приложение 6, с. 11, 12). Охват вмешательствами со временем увеличился, а неравенство в зависимости от уровня благосостояния и места проживания (город или сельская местность) уменьшилось, за исключением распространенности использования противозачаточных средств, которая снизилась с 59 % в стране в 1997 г. до 39 % в 2018 г. и послеродовых осмотров, число которых снизилось с 64 % в 2014 г. до 49 % в 2018 г. Мы обнаружили очень мало доступной информации о качестве медицинской помощи в рамках различных вмешательств, несмотря на ее важность (приложение 6, с. 13).<sup>33 34</sup>

Все источники (CHERG, IHME и НРР) показали, что недоношенность является основной причиной неонатальной смертности (41–47 % смертей; приложение 6, с. 15). Второй по значимости причиной неонатальной смерти была асфиксия или гипоксия. Однако цифры в разных источниках разные (15,0 % в НРР по сравнению с 25,0 % в CHERG и 32,8 % в IHME). Еще одно различие между источниками заключалось в доле смертей, вызванных инфекциями (12,8 % в НРР по сравнению с 7,7 % в CHERG и 2,8 % в IHME). Реестр предоставляет возможность получить более подробную информацию о причине смерти, чем смоделированные данные. В период с 2013 по 2017 г. основными причинами неонатальной смертности среди новорожденных с нормальным весом при рождении ( $\geq 2500$  г) были врожденные пороки развития (26,5 %), за которыми следовали асфиксия или гипоксия (22,8 %) и инфекции (18,2 %). В то время как у новорожденных с низкой массой тела ( $< 2500$  г) ведущими причинами были недоношенность (55,3 %), а также асфиксия или гипоксия

33 Vogler S, Haasis MA, Dedet G, Lam J, Pedersen HB. Medicines Reimbursement Policies In Europe [Internet]. 2018. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23486en/s23486en.pdf>

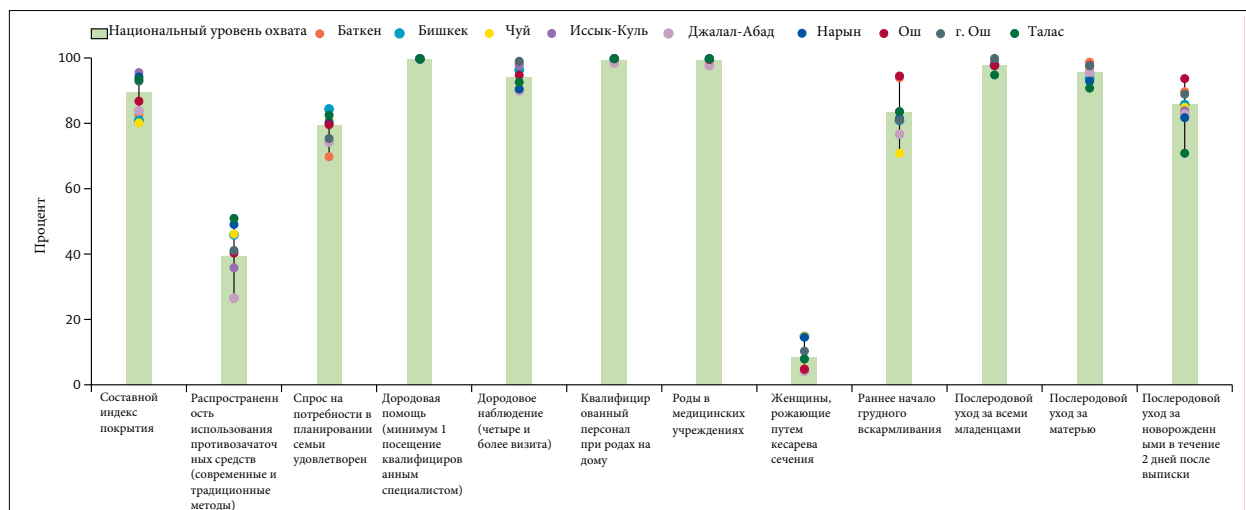
34 Gotsadze T, Zanetti C. Evaluation of UNICEF programme on perinatal care for the period 2010-2013 project evaluation report [Internet]. 2014 [date accessed 2019 Apr 16]. Available from: [https://www.unicef.org/evaldatabase/index\\_73583.html](https://www.unicef.org/evaldatabase/index_73583.html)

(13,8 %; приложение 6, с. 18). В категорию “другие причины” вошли несколько случаев травм и повреждений при рождении и внутрижелудочковых кровотечений (приложение 6, с. 16–17).

40,7 % всех неонатальных смертей в Кыргызстане в период с 2013 по 2017 г. произошли в течение первых 24 часов жизни, причем более двух третей (69,1 %) – в первые 2 дня (приложение 6, с. 18). 85,1 % мертворождений в период с 2013 по 2017 г. были классифицированы как произошедшие в дородовой период (приложение 6, с. 18). У доношенных новорожденных ( $\geq 37$  недель), которые были малы для гестационного возраста, риск смерти в первые 28 дней жизни был более чем в 4 раза выше (ОР 4,38, 95 % ДИ 3,98–4,81) по сравнению с доношенными и соответствующими по массе сроку беременности (приложение 6, с. 19). Наибольший риск неонатальной смерти наблюдался у недоношенных (<37 недель) новорожденных, соответствующих их гестационному возрасту, которые по сравнению с доношенными детьми, соответствующими их гестационному возрасту, имели почти в 60 раз больше шансов умереть в первый месяц жизни (ОР 57,5, 95 % ДИ 54,8–60,5); а у недоношенных детей с низкой массой для соответствующего срока беременности – шансы умереть в первые 28 дней были более чем в 80 раз выше (83,2, 77,1–89,8).

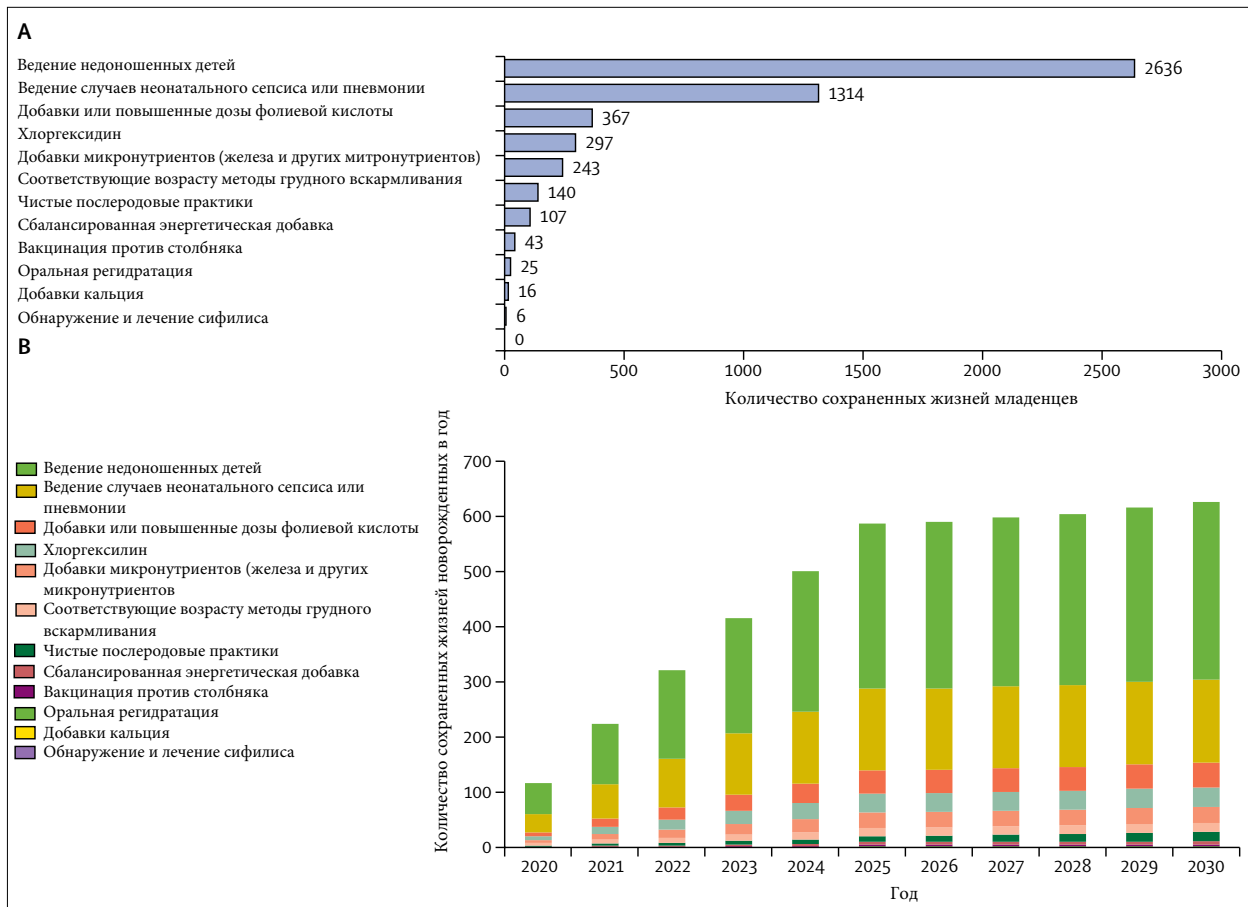
Как показал декомпозиционный анализ, 42,9 % изменения показателей неонатальной смертности можно отнести к увеличению в период с 1997 по 2018 г. доли младенцев, которых вскармливали грудью в течение 1 часа после рождения; вторая, столь же важная причина – общее снижение уровня деторождения (30,3 %; приложение 6, с. 20–21). В совокупности социально-демографические и контекстные переменные, сохраненные в окончательной модели, объясняют 83 % наблюдаемого снижения показателей неонатальной смертности.

**Рисунок 2. Охват мероприятиями вмешательства, направленными на сохранение жизни и здоровья матери и новорожденного по областям, MICS 2018**



MICS = мультииндикаторные кластерные обследования.

**Рисунок 3. Расчетное количество жизней новорожденных, спасенных в 2020–2030 гг., с предположением увеличения до 90 % к 2025 г. и 99 % к 2030 г.**



Общее количество жизней новорожденных, спасенных к 2020–2030 гг. на национальном уровне (A) и по типу вмешательства ежегодно (B)

Несмотря на первые инвестиции Кыргызстана в первичную медико-санитарную помощь в советский период, политика в отношении репродуктивного здоровья, здоровья матерей и новорожденных после обретения независимости в значительной степени игнорировалась до 2006 г., когда была проведена Манаас Таалими – реформа первичной медико-санитарной помощи (приложение 6, с. 22–30). В том же году стартовала Национальная стратегия репродуктивного здоровья, а вскоре после этого, в 2008 г., – Национальная программа перинатального здоровья. Большинство программ и стратегий касались семи основных пакетов вмешательств для новорожденных в широком смысле и не предполагали конкретных вмешательств. Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден соолук» и национальная программа перинатальной помощи включали все семь основных пакетов вмешательств для новорожденных и четко указывали меры вмешательства, относящиеся к каждому из них. В других программах были указаны вмешательства, относящиеся к одному пакету: пять инициатив касались грудного вскармливания, два – пакета питания до зачатия и только одна программа была сосредоточена на уходе за новорожденными с малым весом и больными новорожденными. В целом, лишь в некоторых программах предполагались вмешательства, непосредственно влияющие на основные факторы неонатальной смертности. Зависимость Кыргызстана от внешней помощи высока; более 40 % расходов страны в 2015 г. приходилось на официальную помощь в целях развития, хотя в 2016 и 2017 гг. этот показатель упал примерно до 25 %

(приложение 6, с. 31). Кыргызстан неизменно тратит гораздо больше на здоровье детей, чем на охрану материнства и новорожденных.

Исходя из исходных данных, использованных для LiST, мы показали, что с расширением масштабов вмешательств Плана действий для каждого новорожденного<sup>31</sup>, к 2030 г. можно будет предотвратить 38,9 % неонатальных смертей, а также 11,2 % мертворожденных и 18,6 % смертей рожениц (приложение 6, с. 32–34). Улучшение ведения недоношенных детей могло бы оказать наибольшее влияние на количество неонатальных смертей за десятилетие, сохранив жизни более 2500 новорожденных (рисунок 3 А). К 2025 г. это вмешательство может спасти в среднем 300 жизней новорожденных в год (рисунок 3 В), а расширение доступа к добавкам микронутриентов может спасти большинство материнских жизней и предотвратить большинство мертворождений (приложение 6, с. 35).

## Обсуждение

Наш анализ показывает, что несмотря на экономический спад после обретения независимости Кыргызстан снизил уровень неонатальной смертности на 46 % с 1990 г. Однако снижение этих показателей было неоднородным по стране и можно было бы достичь гораздо большего, если бы были осуществлены дополнительные адресные действия и обеспечено более высокое качество помощи при родах, помощи новорожденным и постнатальной помощи в сельских районах. Принимая во внимание данные НРР по недоношенности и респираторном дистрессе как основных причинах неонатальной смертности, инвестиции в качество медицинской помощи матерям и новорожденным, соответствующие системы направления к специалистам и медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения могут способствовать улучшению перинатальных исходов.

Мы должны признать несколько возможных ограничений данных в нашем исследовании. Хотя общая годовая рождаемость, отраженная в НРР и в оценках коэффициента неонатальной смертности, хорошо сопоставима с данными Отдела народонаселения ООН и UN-IGME, некоторые категории причин смерти могут быть неточными. Учитывая возможность применения дисциплинарных мер (наследие советского времени), может иметь место систематическое занижение сведений о мертворожденных при родах. Время смерти мертворожденных за прошедшие годы не сильно изменилось: более 80 % мертворождений приходится на антенатальный период. Кроме того, относительно небольшое количество смертей было связано с неонатальными инфекциями или сепсисом в НРР, что может быть связано с аналогичным занижением неонатального сепсиса как причины неонатальной смертности. Эта низкая оценка также может объясняться нехваткой сложных микробиологических инструментов и стандартизированных протоколов распознавания и лечения неонатального сепсиса. В городах Ош и Бишкек были самые высокие показатели неонатальной смертности, возможно, из-за направления беременных с высоким риском в единственные учреждения третичной медицинской помощи в этих областях, хотя такие направления из других медучреждений или регионов не были четко документированы в НРР.

Хотя мы и попытались связать данные по материнскому здоровью и заболеваемости в имеющихся обследованиях домашних хозяйств и НРР, информация о влиянии состояния здоровья матери на роды и неонатальные исходы была неадекватной и нестандартизированной. Уровень материнской смертности в Кыргызстане исключительно высок, возможно, из-за полноты систем регистрации актов гражданского состояния по сравнению с системами регистрации актов гражданского состояния в других странах региона.

Этот вопрос требует дополнительных исследований. Наш анализ подтверждает необходимость улучшения взаимосвязи между здоровьем матери, качеством помощи и выживаемостью новорожденных. Высокая доля смертей и осложнений среди новорожденных, рожденных недоношенными и маленькими для своего гестационного возраста, вероятно, объясняется состоянием здоровья матери и факторами, связанными с образом жизни, питанием или воздействием окружающей среды<sup>35 36 37 38</sup>. Данные НРР могут существенно улучшиться, если будет введена в действие комплексная система регистрации матерей и новорожденных, включающая расширенный набор показателей состояния здоровья женщин в дородовой и послеродовой периоды, сбор качественных данных о материнском здоровье, питании и качестве помощи. Такая интегрированная совокупность данных будет полезна по многим причинам, в том числе для определения конкретных географических регионов для целенаправленной работы и регионализации медико-санитарной помощи матерям и новорожденным, а также для определения причин мертворождений.

В Кыргызстане реализованы некоторые важные стратегии и программы, касающиеся здоровья матерей и новорожденных, в том числе Манаас (1996–2006 гг.) и Манаас таалими (2006–2010 гг.), Национальная стратегия репродуктивного здоровья (2006–2015 гг.), Ден соолук (2012–2016 гг.) и Национальные перинатальные программы (2008–2018 гг.). В целом в Кыргызстане существует ряд программ, которые прямо или косвенно затрагивают каждый из семи основных пакетов вмешательств для новорожденных и являются важными компонентами универсальной медицинской помощи для матерей и новорожденных с потенциалом для консолидации. (ВОЗМОЖНОСТЬЮ ОБЪЕДИНЕНИЯ)

Несмотря на эти программы, качество медицинской помощи остается проблемой. В рамках многолетнего проекта Всемирного банка по оценке влияния финансирования, ориентированного на конкретные результаты, и усиленного надзора за качеством услуг по охране здоровья матерей и новорожденных, для получения базовых исходных данных в 2012 г. была проведена оценка всех 65 больниц вторичного уровня в Кыргызстане<sup>39</sup>. Были выявлены такие недостатки антенатальной медицинской помощи, как отсутствие базовых средств антенатальной медицинской помощи (например, вакцины против столбняка и таблеток железа или фолиевой кислоты), сбор анамнеза и оценки состояния здоровья во время посещений, а также консультирование по родам. Тем не менее, обнадеживает, что наличие индикаторных препаратов, инфекционный контроль и стерилизация, материалы для обычных родов и ухода за новорожденными, а также оборудование для родоразрешающих операций были широко доступны почти во всех медучреждениях<sup>39</sup>. Таким образом, Кыргызстан имеет хорошие возможности для усиления и расширения надежных услуг первичной медико-санитарной помощи и инфраструктуры качественными услугами по уходу за новорожденными в каждой области страны для улучшения результатов.

В снижении уровня неонатальной смертности в Кыргызстане сохраняется ряд проблем,

- 35 Health Policy Analysis Centre. The quality of maternal and child health services provided in pilot hospitals in Osh, Jalalabad, Batken, and Issyk-Kul oblasts (2014-2017) [Internet]. 2014. Available from: [https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org/kyrgyzstan/files/2018-01/Q\\_REPORTEN.pdf](https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org/kyrgyzstan/files/2018-01/Q_REPORTEN.pdf)
- 36 Mansfeld M, Ristola M. HIV Programme Review in Kyrgyzstan [Internet]. 2014 [date accessed 2019 May 7]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- 37 World Health organization (WHO), UNICEF. Reaching Every Newborn National 2020 Milestones [Internet]. 2018 [date accessed 2019 May 7]. Available from: <https://www.healthynetwork.org/hnn-content/uploads/Final-Country-Progress-Report-v9-low-res.pdf>
- 38 New WHO perinatal audit tool in Russian is launched in Uzbekistan. 2016 Nov 9 [date accessed 2019 May 7]; Available from: <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>
- 39 UNDP. The Kyrgyz Republic: The Second Progress Report on The Millennium Development Goals [Internet]. Bishkek, Kyrgyzstan; 2010. Available from: <http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/mdg/the-first-millennium-development-goals-progress-report-in-the-ky.html>



связанных с инфраструктурой, человеческими ресурсами, финансированием, сотрудничеством, равенством и процессами направления к специалистам. «Стареющая» перинатальная инфраструктура страны была названа проблемой в обеспечении ухода за матерями и новорожденными<sup>40 41 42 43</sup>. Ограничением для развития системы здравоохранения является устаревшая инфраструктура, а также недостаточное финансирование модернизации. Хотя электронный регистр новорожденных в настоящее время внедрен по всей стране как прогрессивная система медицинской информации, было отмечено, что формы регистрации и отчетности не соответствуют клиническим протоколам, а во многих больницах ведутся дополнительные журналы регистрации, что увеличивает объем документации<sup>44</sup>. Наш анализ выявил вероятные ошибки в классификации сроков мертворождений и неонатальной смерти, а также их причин, особенно для недоношенных детей. Надежные и прозрачные системы материнского и перинатального аудита значительно повысят полезность таких систем данных и контроля качества.

Человеческие ресурсы являются еще одним узким местом из-за значительного дефицита кадров<sup>42 45</sup>. В сельской местности не хватает гинекологов, акушеров и педиатров-неонатологов, большая часть которых сосредоточена в Бишкеке и Оше<sup>42</sup>. Среди причин нехватки кадров – низкие зарплаты и недостаточные стимулы для работы в сельской местности, а также выезд специалистов из страны<sup>41</sup>. Необходимы современные программы неонатального обучения медицинских работников, особенно медсестер, врачей и акушерок. Сотрудничество с ведущими академическими центрами в регионе и во всем мире могло бы способствовать разработке аккредитованных программ обучения и получению стипендий в области неонатальной педиатрии и ухода за новорожденными.

Существуют дополнительные возможности для уменьшения неравенства на уровне первичной медико-санитарной помощи путем разделения задач с местными медработниками. Систематический анализ, оценивающий стратегии по расширению масштабов и охвата вмешательств в области репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей в горных и труднодоступных районах, показал, что смена задач, усиление роли местных медицинских работников и мобильных бригад, а также пропаганда здорового образа жизни и инициатив по повышению осведомленности очень эффективны<sup>46</sup>. Кыргызская модель сельского комитета по вопросам здравоохранения и действий сельской общины по укреплению здоровья её членов признана ключевой стратегией для мобилизации сообщества и пропаганды здорового способа жизни и может быть очень полезной для решения проблем охраны здоровья матерей и новорожденных в отдаленных районах.<sup>47 48</sup>

40 International Labor Organization, International Programme on the Elimination of Child Labour. Child Labour in Kyrgyzstan: An Initial Study. Bishkek; 2001

41 World Health Organization (WHO). Evaluation in Kyrgyzstan [Internet]. World Health Organization; 2018 [date accessed 2018 Jul 9]. Available from: <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>

42 UNICEF. UNICEF Annual Report 2015 - Kyrgyzstan. 2015;1-29

43 Lundeen E, Imanalieva C, Mamyrbayeva T, Timmer A. Integrating Micronutrient Powder into a Broader Child Health and Nutrition Program in Kyrgyzstan. In: De Pee S, Flores-Ayala R, Van Hees J, Jefferds ME, Irizarry L, Kraemer K, et al., editors. Home Fortification with Micronutrient Powders (MNP). Basel, Switzerland: Sight and Life, UNICEF, WFP, HF-TAG; 2013. P. 23-30.

44 Global Forum on Food Security and Nutrition in Europe and Central Asia. Food security and nutrition programme for Kyrgyzstan in action. How to implement policy in the most efficient way? 2016; 1-6

45 USAID. USAID Quality Health Care Project [Internet]. 2015. Available from: <https://www.usaid.gov/kyrgyz-republic/fact-sheets/usaids-quality-health-care-project>

46 USAID. Kyrgyz Ministry of Health supports expansion of successful USAID pilot for ambulatory treatment of TB [Internet]. Available from: [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_Ministry_of_Health_supports_expansion_of_successful_USAID_pilot_for_ambulatory_treatment_of_TB.pdf)

47 USAID, SPRING. Strengthening Nutrition within the Kyrgyz Republic Health System: SPRING in the Kyrgyz Republic (September 2017). Washington, D.C.; 2017

48 U.S. Embassy in the Kyrgyz Republic. USAID presents results of Quality Health Care Project [Internet]. 2015. Available from: <https://kg.usembassy.gov/usaids-presents-results-quality-health-care-project/>

Несмотря на то, что в Национальной программе реформирования здравоохранения (Ден соолук)<sup>49</sup> подчеркивается необходимость обеспечения справедливого финансирования здравоохранения, недостаточное финансирование сектора здравоохранения остается проблемой<sup>41, 45, 50</sup>. Почти половина всех расходов на здравоохранение в стране представляет собой выплаты из кармана пациентов. Таким образом, финансовое бремя здравоохранения перекладывается на пациентов и их семьи<sup>51</sup>. Страна сильно зависит от внешней помощи, поскольку она составляет четверть совокупных расходов страны. Из полученной официальной помощи в целях развития только 4 доллара США на душу населения расходуются на охрану здоровья матери и новорожденного, что составляет менее половины суммы, расходуемой на охрану здоровья детей. Особое внимание необходимо уделять улучшению использования противозачаточных средств в стране, поскольку в 2018 г. в Кыргызстане в среднем ими пользовалось менее 40 % женщин по сравнению с 60 % в 1997 г. Причины сокращения охвата современными методами контрацепции также могут быть связаны с зависимостью от внешней помощи для таких товаров, и для поддержки таких услуг необходимо внутреннее финансирование.

Анализ степени охвата предоставления медицинских услуг в Кыргызстане показал, что неоптимальная организация и координация услуг влияли на регулярный или своевременный доступ к медицинской помощи<sup>44</sup>. Регионализация перинатальных услуг и услуг по охране здоровья новорожденных может помочь созданию центров передового опыта, предоставляющих сложную медицинскую помощь матерям и новорожденным и проводящих повышение квалификации медработников<sup>50</sup>, но, возможно, было бы более эффективно, чтобы более крупные больницы третичного уровня по всей стране работали в качестве перинатальных центров, специализирующихся на уходе за новорожденными с малым весом и больными новорожденными, при наличии надежных транспортных систем на областном уровне с сортировкой и перенаправлением родов из группы повышенного риска в региональные центры передового опыта.

Кыргызстан является замечательным примером разумных инвестиций в национальный реестр рождений и имеет хорошие возможности для использования этого огромного массива информации, чтобы понять препятствия на пути к выживанию новорожденных и выполнения соответствующих задач ЦРТ 3 задолго до 2030 г. Далее, конкретные действия по уменьшению остаточного бремени материнской и неонатальной заболеваемости и смертности принесут максимальную пользу, но для этого необходима национальная стратегия, специально ориентированная на расширение пакетов вмешательств по уходу за новорожденными с малым весом и больными новорожденными, обеспечение качества помощи и регионализации ухода за матерью и новорожденным.

## Благодарности

Это исследование финансировалось за счет гранта Фонда США для ЮНИСЕФ в рамках программы «Обратный отсчет до 2015 года» и ЮНИСЕФ в Кыргызстане. Дополнительную материальную и техническую поддержку предоставили Центр глобального детского здоровья, Больница для больных детей (Торонто, Канада); Центр передового опыта в области здоровья женщин и детей Университета Ага Хана (Карачи, Пакистан) и организация «Уход за матерью и ребенком и исследования» (Канада). Мы благодарим ЮНИСЕФ в Кыргызстане, который предоставил руководство по составлению отчета и дополнительные

49 USAID. USAID improves quality of TB laboratory services [Internet]. Kyrgyz Republic. Available from: [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)

50 USAID. Patients help each other complete TB treatment [Internet]. Kyrgyz Republic. Available from: [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)

ресурсы. Мы также благодарим Министерство здравоохранения Кыргызстана за предоставление данных реестра новорожденных, на которые мы опирались в этом тематическом исследовании.

## Приложение – Смертность новорожденных в Кыргызской Республике

**Таблица 1. Основные контекстные, демографические и медико-санитарные показатели стран Центральной Азии – членов ВОЗ**

|                     | Плотность населения | Индекс человеческого развития (HDI (2017)) | Сельское население (% от общего населения) | ВВП на душу населения ППС (паритет покупательной способности) | Индекс численности бедных на уровне бедности страны (% от общего населения) | Расходы из кармана пациентов (% от общих расходов на здравоохранение) | Государственные расходы на здравоохранение (% ВВП) | Использование контрацептивов, современные методы | Дороговая помощь 4+ посещения любым медработником |
|---------------------|---------------------|--|--|---|---|---|--|--|---|
| <b>Казахстан</b>    | 6.7                 | 0.80                                       | 46.8                                       | 24,055  | 2.7   | 38.9  | 1.94   | 49.5   | 95.3  |
| <b>Кыргызстан</b>   | 32.3                | 0.68                                       | 64.0                                       | 3,393   | 25.4  | 48.2  | 2.35   | 38.5   | 94.6  |
| <b>Таджикистан</b>  | 64.3                | 0.65                                       | 73.0                                       | 2,896   | 31.3  | 63.1  | 2.10   | 25.7   | 52.5  |
| <b>Туркменистан</b> | 12.3                | 0.70                                       | 49.2                                       | 16,389  | NA  | 71.1  | 1.54   | 46.0   | 96.4  |
| <b>Узбекистан</b>   | 76.1                | 0.71                                       | 63.4                                       | 6,253   | 14.1  | 42.7  | 2.77   | 59.3   | 78.5  |
| <b>В мире</b>       | 58.0                | NA   | 45.3                                       | 15,469  | NA  | 18.1  | 5.89   | 56.1   | N/A   |

Таблица 2. Разбивка показателей исследования и источников данных

| Категория  | Показатель   | Источник  |
|--|--|---|
| Смертность новорожденных                               | Неонатальная смертность<br>Число новорожденных, умерших в первые 28 дней жизни, на 1000 живых новорожденных  | Международный консультативный совет Организации Объединенных Наций по оценке детской смертности (UN-IGME) <sup>(5)</sup><br>Институт показателей и оценки здоровья населения и здравоохранения (IHME) (10)<br>DHS (15,16)<br>MICS (12-14)<br>Национальный реестр рождений |
| Мертворожденные  | Мертворождаемость, SBR<br>Число мертворожденных на 1000 рождений   | IHME (10)<br>Национальный реестр рождений   |
| Причины смерти новорожденных                           | Основные причины смерти новорожденных в первые 28 дней жизни (ICD-10)  | Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG) (17)<br>Национальный реестр рождений<br>UN-IGME (5)   |
| Живорожденные  | Полное извлечение из матери продукта зачатия, после такого разделения присутствует дыхание или другие признаки жизни (сердцебиение, пульсация пупочного холода или движение произвольных мышц) | United Nations Population Division (18)   |
| Причина мертворождений                                 | Основные причины мертворождения (ICD-10)   | Национальный реестр рождений  |
| Материнская смертность                                 | Материнская смерть – смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после прерывания беременности (на 100000 живорождений).  | Межучрежденческая группа Организации Объединенных Наций по оценке материнской смертности (UN-MMEIG) (11)  |
| Условия материнства                                    | Основные условия материнства для женщин, младенцы которых умирают в первые 28 дней жизни (ICD МКБ-10)  | Национальный реестр рождений  |
| Мероприятия по охране здоровья матери и новорожденного | Охват всей совокупности мероприятий, направленных на защиту здоровья матери и новорожденного   | DHS (15,16)<br>MICS (12-14)   |

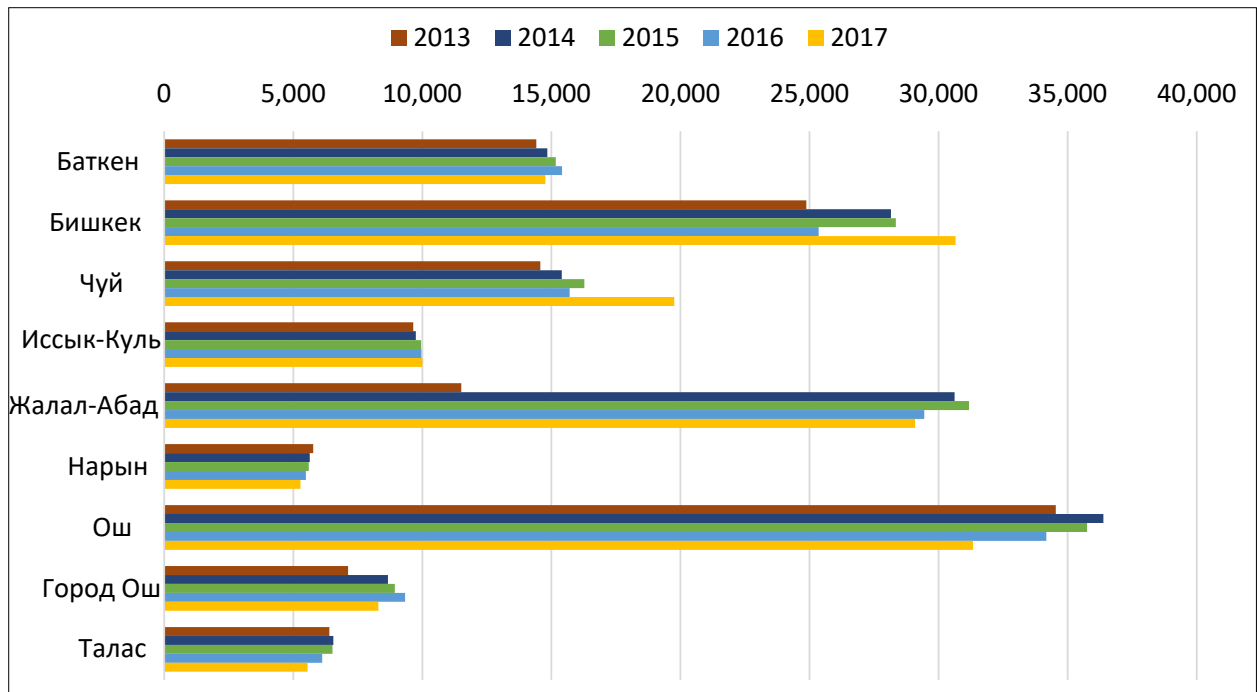
\*Оценки смертности для других стран Центральной Азии взяты из UN-IGME (по смертности новорожденных и U5MR) и UN-MMEIG (для материнской смертности)

Таблица 3. Количество рождений согласно официальным оценкам и количество зарегистрированных рождений, 2013-2017 гг.

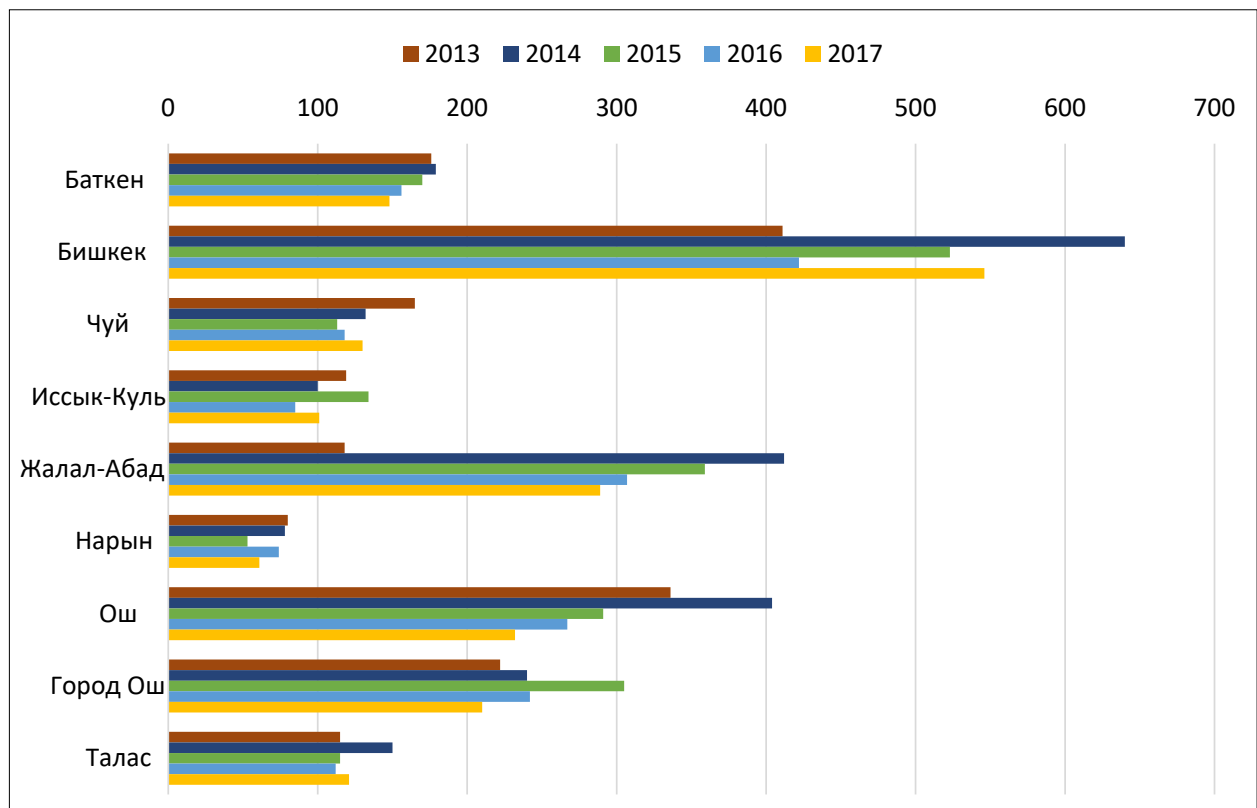
| Год  | Количество рождений согласно оценкам статистики народонаселения ООН (17) | Количество рождений, зарегистрированных в реестре рождений | Разница (%) |
|------|--|--|-------------|
| 2013 | 153637   | 128859   | -           |
| 2014 | 154483   | 156001   | 0.98        |
| 2015 | 153977   | 157721   | 2.43        |
| 2016 | 154800*  | 150997   | 2.45        |
| 2017 | 154800*  | 154742   | 0.04        |

\*Среднее годовое количество рождений рассчитано путем деления прогнозного общего количества за 5-летний период (2016-2020 гг.)

**Рисунок 4. Количество зарегистрированных рождений по областям**



**Рисунок 5. Количество зарегистрированных смертей по областям**

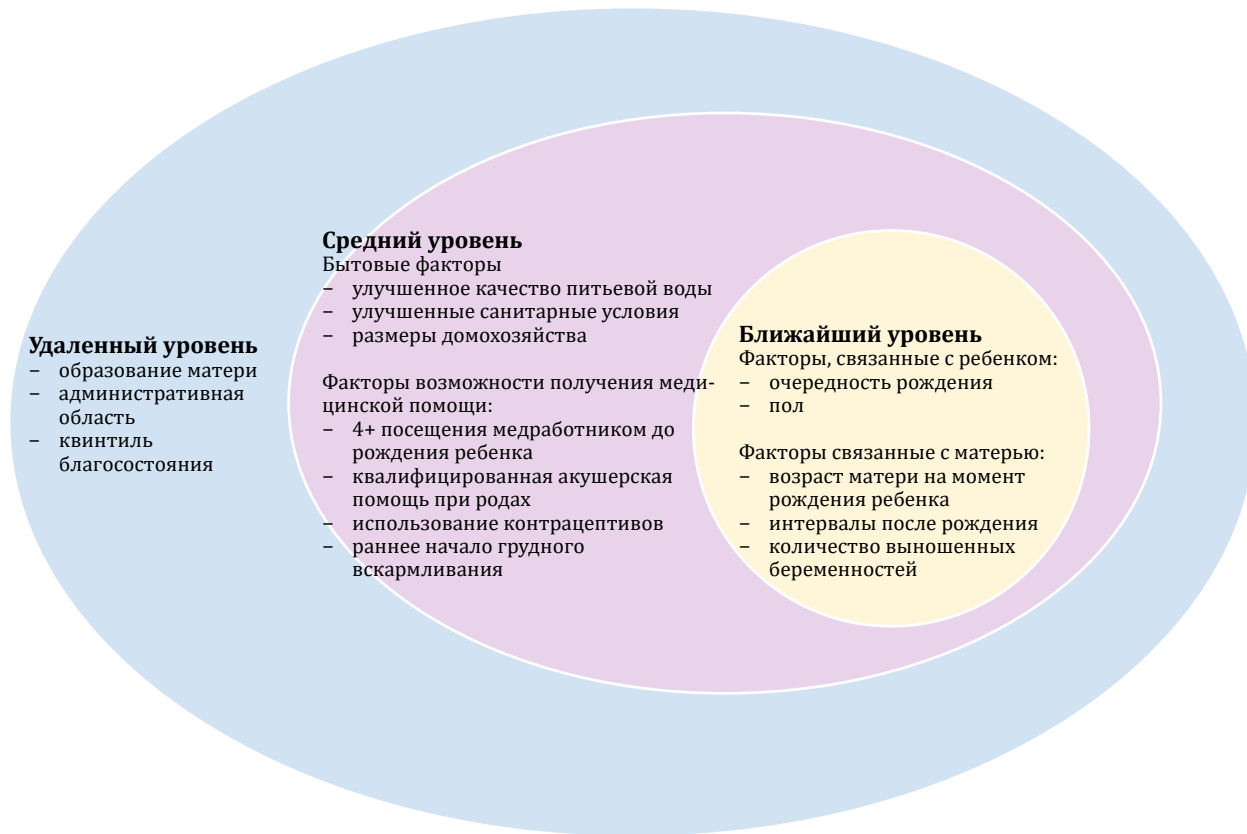


**Таблица 4. Показатели и определение основных мероприятий на протяжении всего периода оказания медицинской помощи**

| Этап                            | Показатель  | Определение  |
|---------------------------------|---|--|
| CCI                             | Комплексный индекс охвата (CCI)   | Дает общую оценку покрытия. Средневзвешенное значение следующих показателей: удовлетворение потребности в планировании семьи, дородовое наблюдение 1+ посещений, квалифицированная акушерская помощь при родах, вакцина Baccille Calmette Guérin, 3 дозы вакцины против дифтерии, коклюша, столбняка, вакцинация от кори, пероральная регидратация с последующим кормлением для лечения диареи и меры по выявлению подозрений на пневмонию |
| Планирование семьи              | Использование противозачаточных средств (современные и традиционные методы) | Распространенность использования в настоящее время противозачаточных средств замужними женщинами в возрасте 15–49 лет, любой метод (%)   |
|                                 | Удовлетворенный спрос на планирование семьи                                 | Процент удовлетворенной общей потребности в планировании семьи среди замужних или состоящих в гражданском браке женщин в возрасте от 15 до 49 лет (распространенность использования противозачаточных средств, разделенная на общую потребность в планировании семьи)  |
| Уход за матерью и новорожденным | Дородовая помощь 1+ посещения квалифицированным медработником               | Процент женщин, которых хотя бы один раз во время беременности посетил квалифицированный медицинский персонал  |
|                                 | Дородовая помощь 4+ посещения любым медработником                           | Процент женщин, обратившихся к врачу четыре или более раз во время беременности  |
|                                 | Квалифицированная акушерская помощь   | Процент живорождений, рожденных с помощью квалифицированного акушерского персонала   |
|                                 | Роды в медицинских учреждениях  | Процент женщин, родивших с помощью кесарева сечения  |
|                                 | Женщины, рожаящие с помощью кесарева сечения                                | Процент женщин, родивших с помощью кесарева сечения  |
|                                 | Раннее начало грудного вскармливания  | Процент новорожденных, приложенных к груди в течение одного часа после рождения  |
|                                 | Исключительно грудное вскармливание в возрасте 0–5 месяцев                  | Исключительно грудное вскармливание – это процент детей младше шести месяцев, которых кормили только грудным молоком (без других жидкостей) в течение последних 24 часов   |
| Послеродовой уход               | Послеродовой уход за всеми младенцами                                       | Процент новорожденных, получивших послеродовую помощь в течение двух дней после рождения   |
|                                 | Послеродовой уход за матерями   | Процент матерей, получивших послеродовую помощь в течение двух дней после родов  |

### Рисунок 6. Концептуальная основа выживаемости новорожденных (1).

Концептуальная основа выживаемости новорожденных была создана с целью разделения переменных на три уровня, каждый из которых включает, соответственно, удаленные, средние и ближайшие определяющие факторы смертности новорожденных.



### Рисунок 7. Материнская смертность в регионе Центральной Азии и Кыргызстане

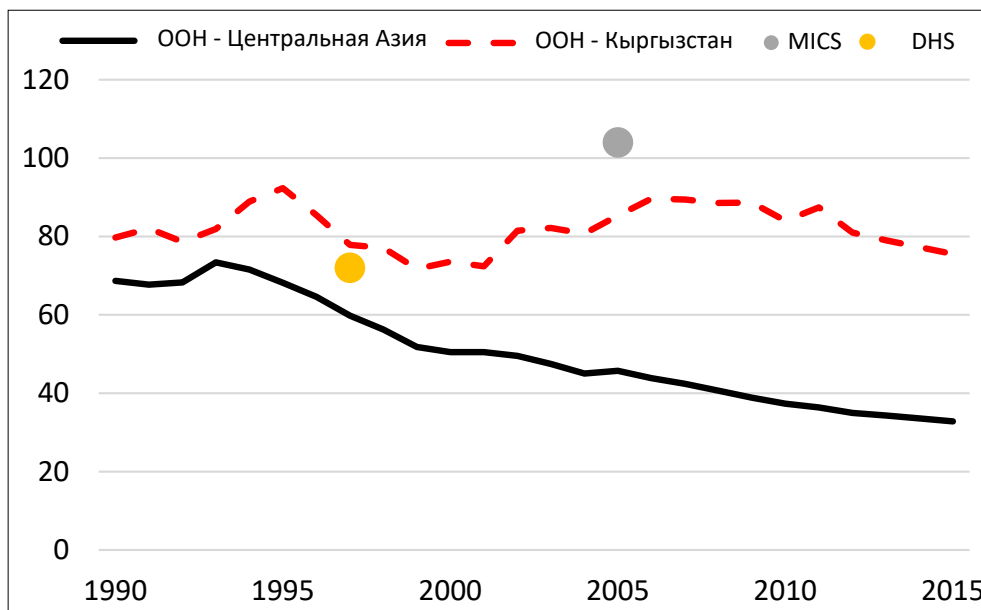


Рисунок 8. Тенденции мертворождений, 1990-2017

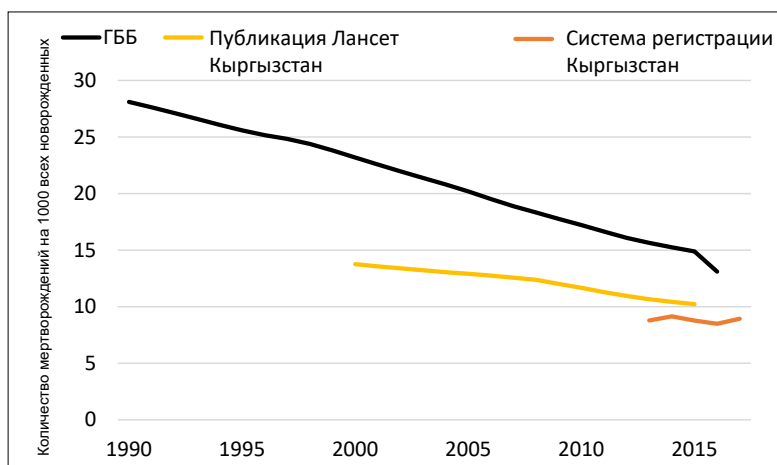


Рисунок 9. Смертность среди детей до пяти лет в регионе Центральной Азии и Кыргызстане

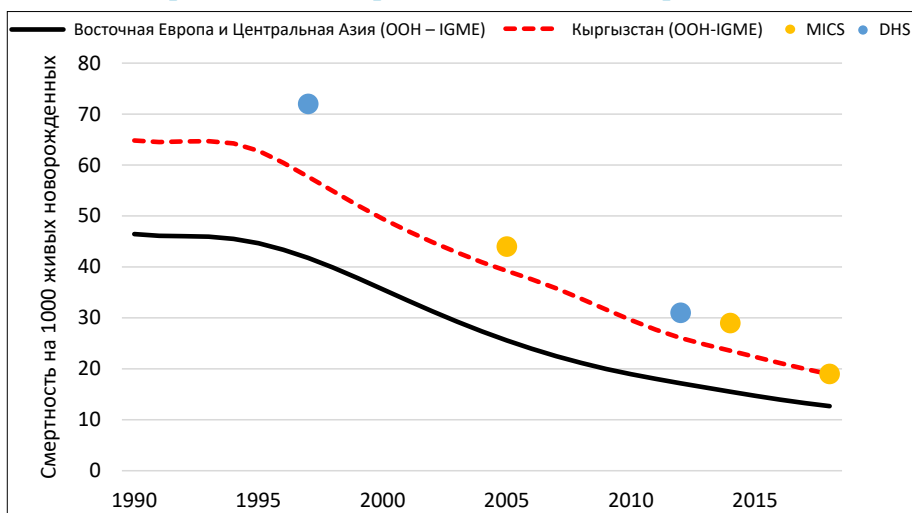


Рисунок 10. Неонатальная смертность в регионе Центральной Азии и Кыргызстане

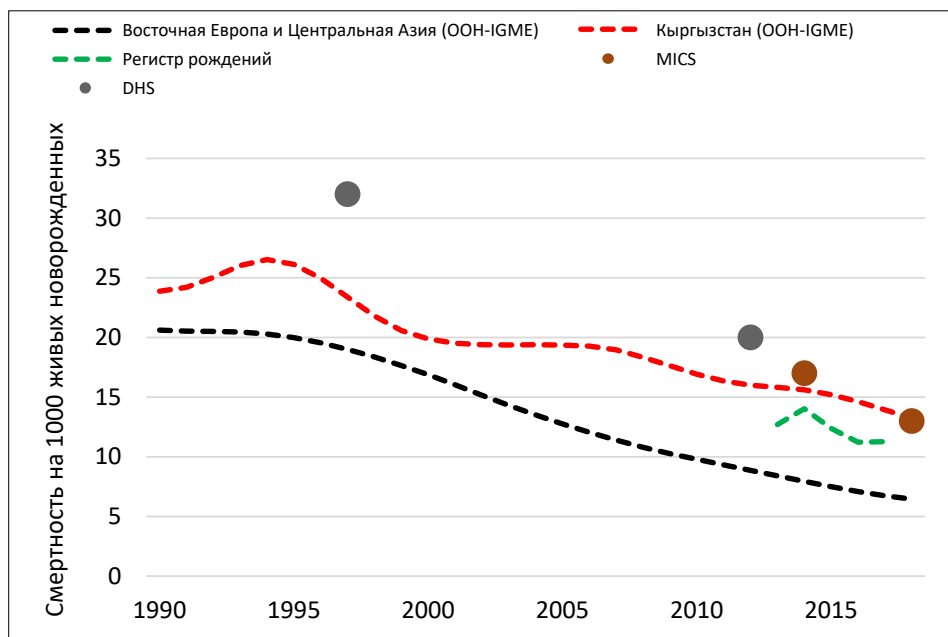




Рисунок 11. Тенденции неонатальной смертности по областям, 2013–2017

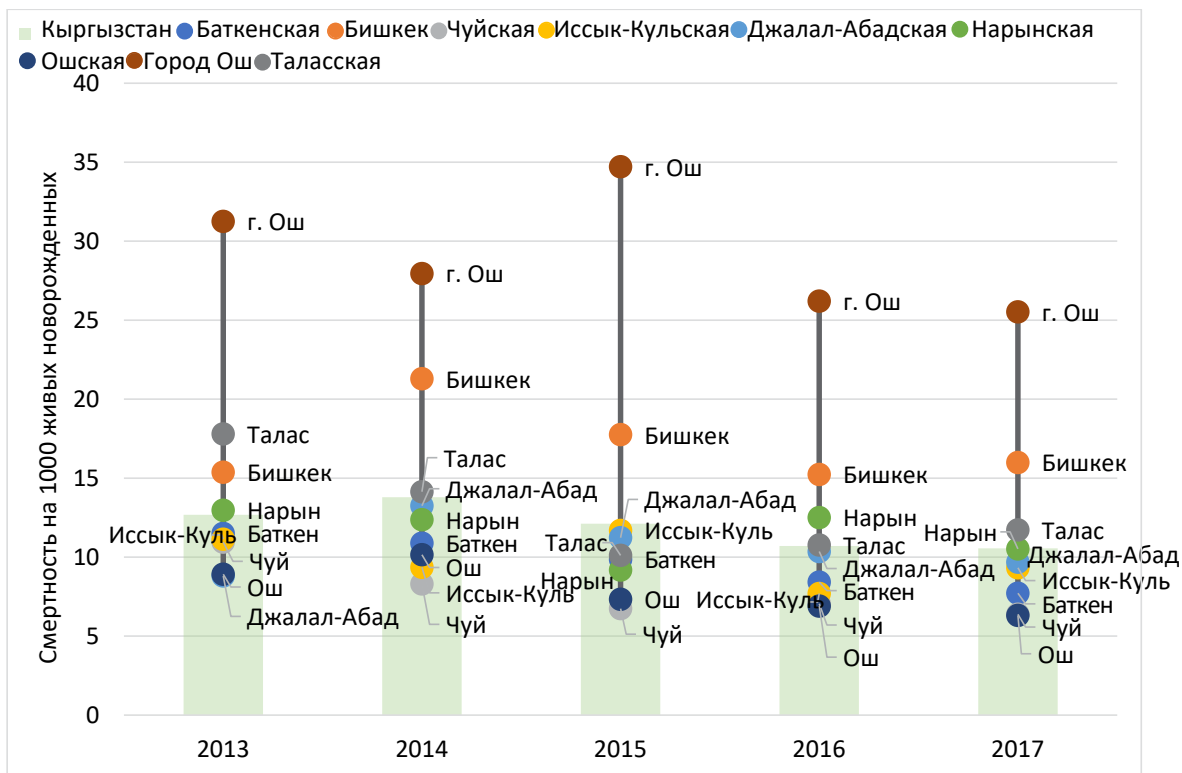


Рисунок 12. А) Неонатальная смертность на района в 2017 г. В) Годовые темпы снижения неонатальной смертности по областям, 1997-2018 гг.

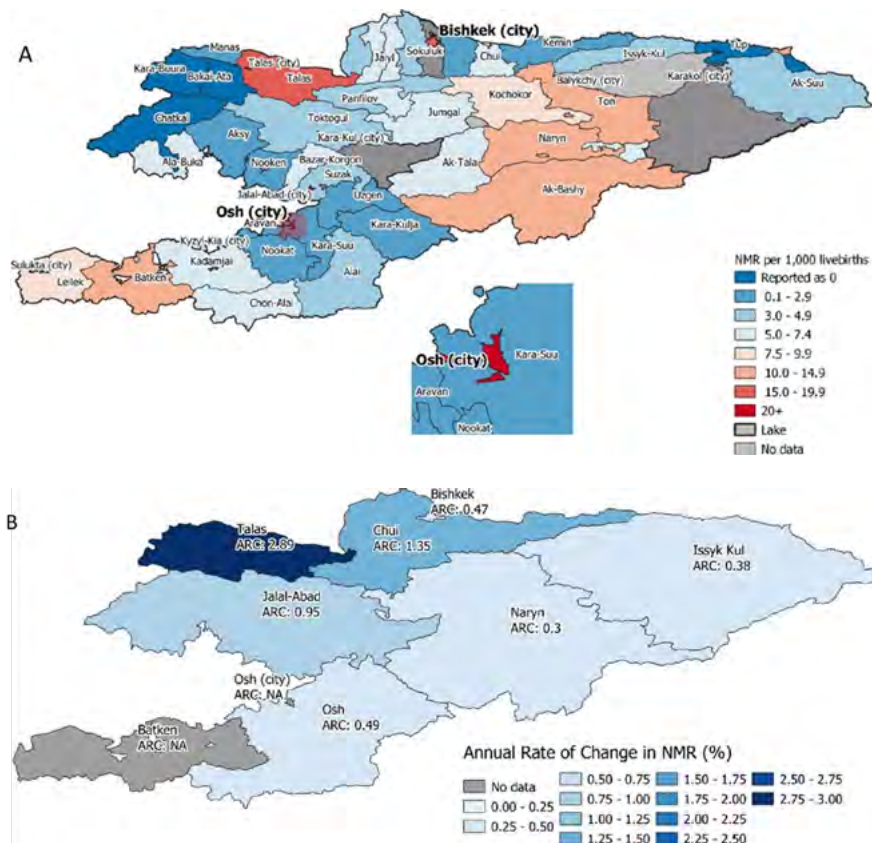


Рисунок 13. Неонатальная смертность в DHS 1997 (выше) и MICS 2018 (ниже)

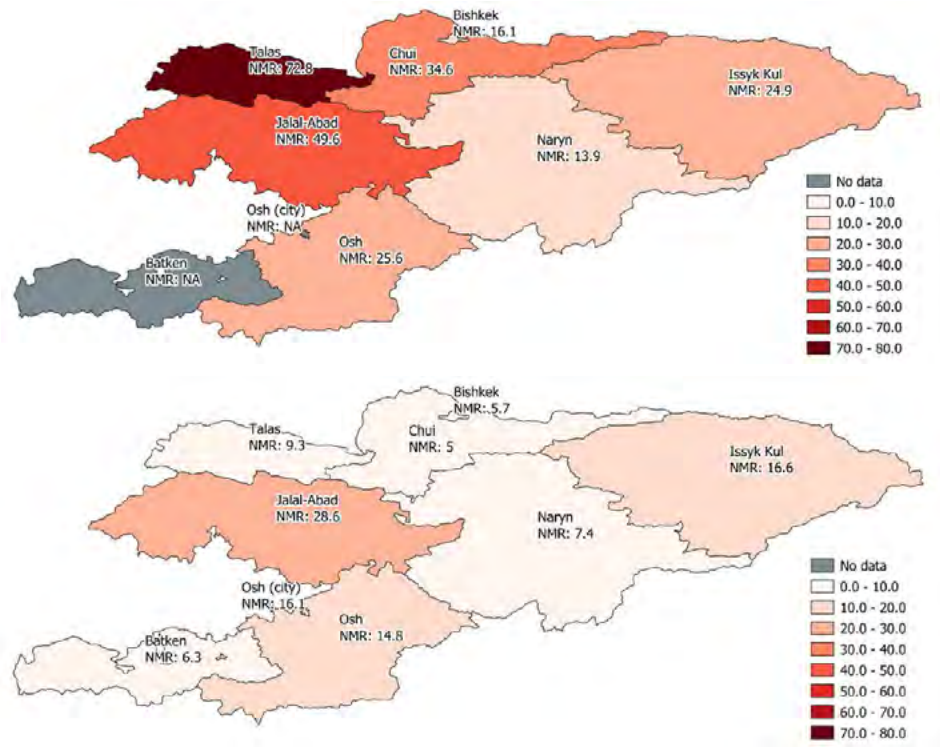
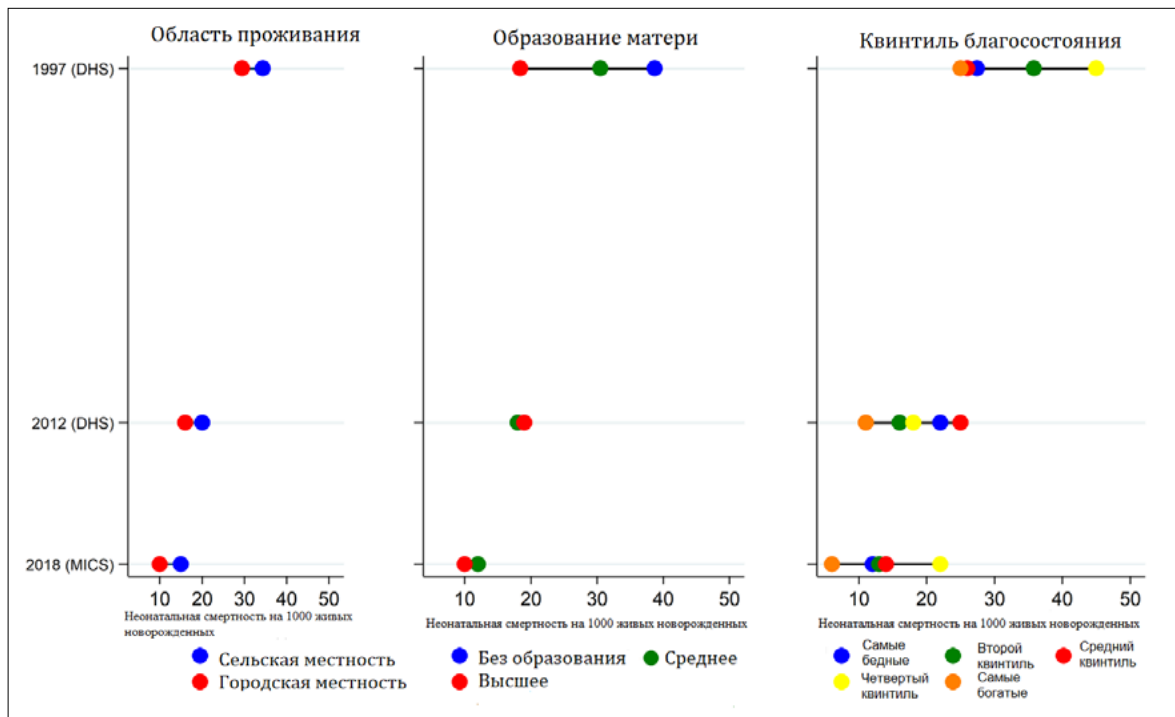
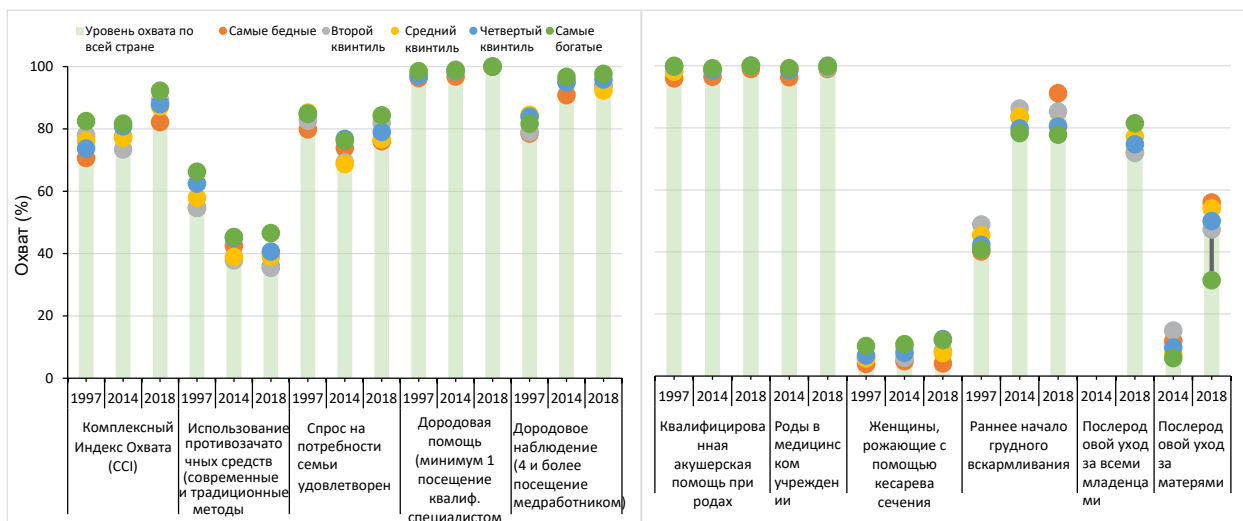


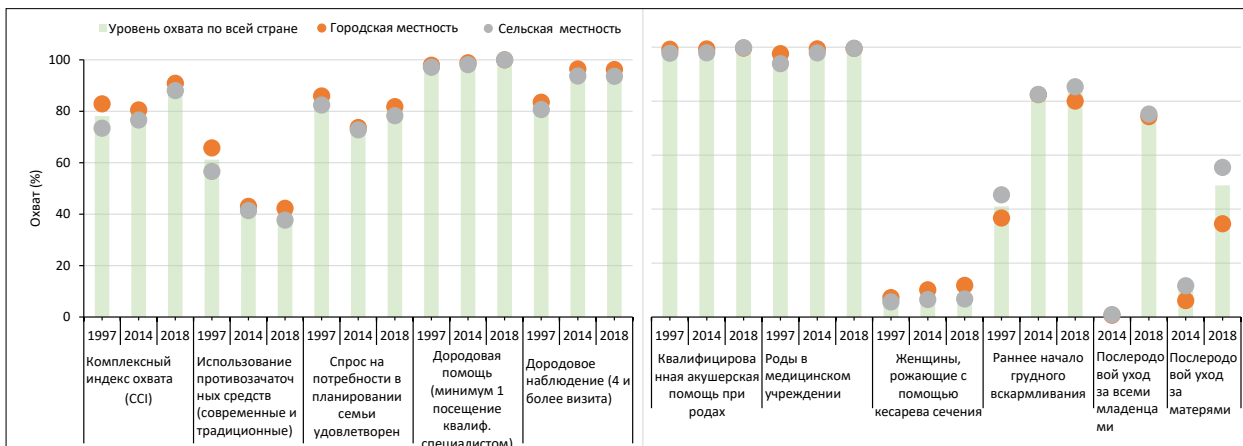
Рисунок 14. Диаграммы неонатальной смертности по некоторым измерениям уровня жизни для DHS 1997, DHS 2012, MICS 2018



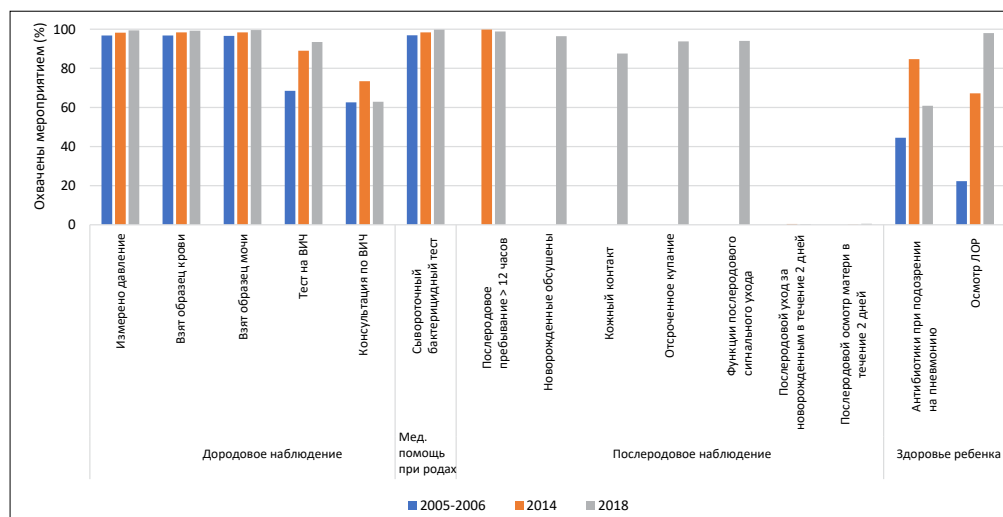
**Рисунок 15. Сравнение охвата мероприятий по сохранению здоровья матери и новорожденного по квинтилям благосостояния, DHS 1997 с MICS 2014 и MICS 2018**



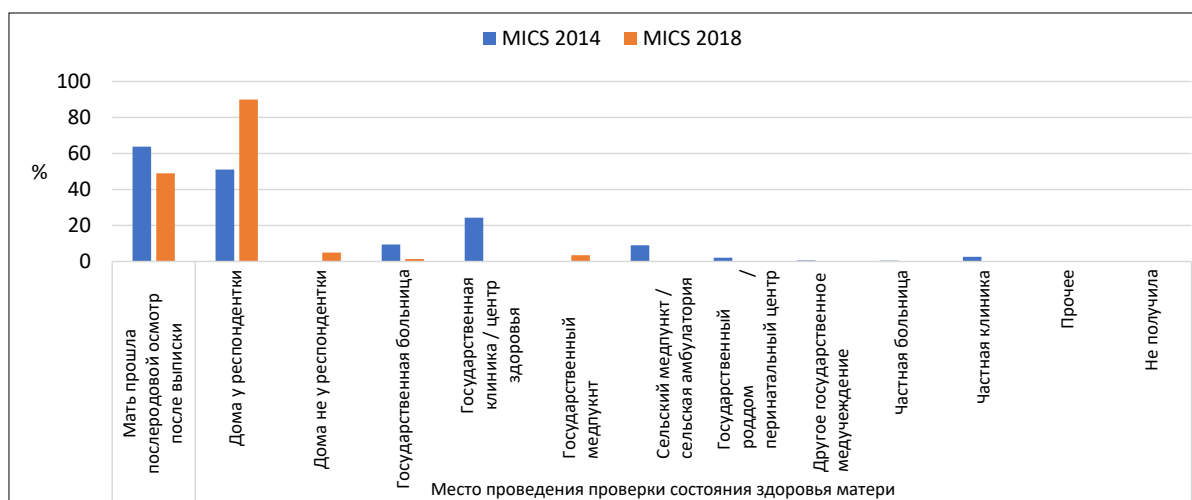
**Рисунок 16. Сравнение охвата мероприятий по сохранению здоровья матери и новорожденного по местности проживания, DHS 1997 с MICS 2014 и MICS 2018**



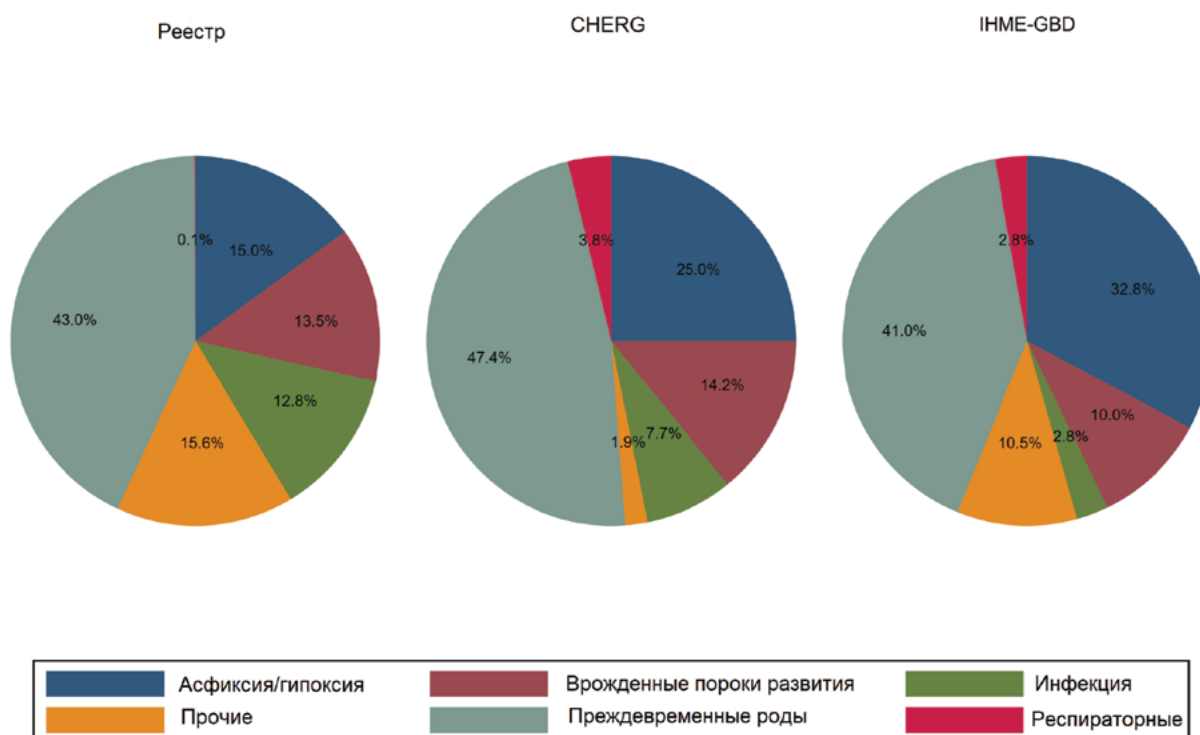
**Рисунок 17. Качество мероприятий по сохранению здоровья матери и новорожденного, 2005-2018 гг.**



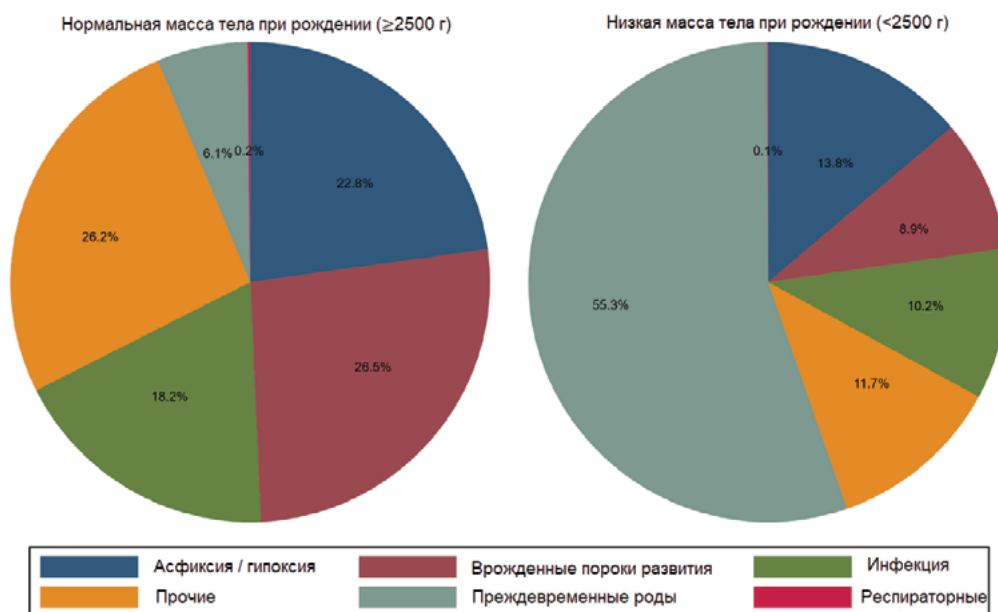
**Рисунок 18. Процент матерей, состояние здоровья которых было проверено после выписки из медицинского учреждения, и место проведения проверки**



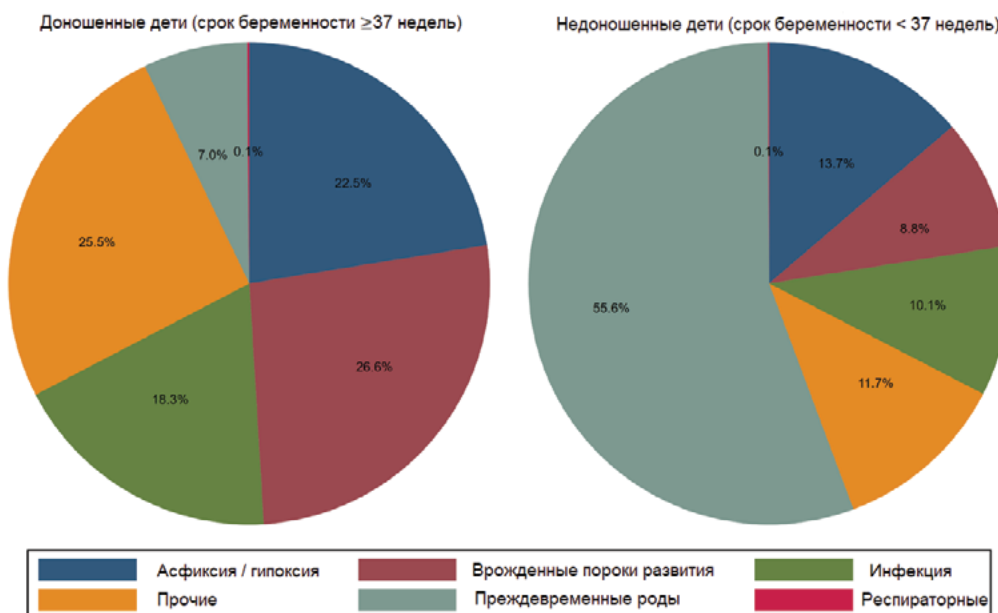
**Рисунок 19. Основные причины неонатальной смертности в Кыргызской Республике по данным Национального реестра рождений (2013–2017), согласно оценкам CHERG (2017) и IHME-GBD (2017)**



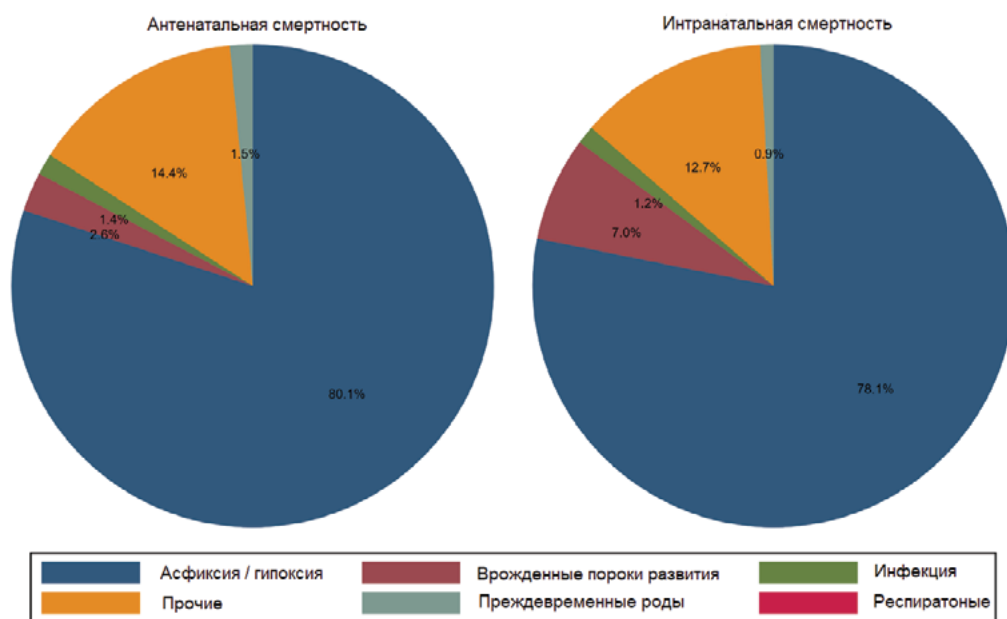
**Рисунок 20. Основные причины неонатальной смертности среди младенцев с нормальной массой тела при рождении ( $\geq 2500$  г) и низкой массой тела ( $< 2500$  г) в Кыргызстане, 2013–2017 гг. (Реестр рождений)**



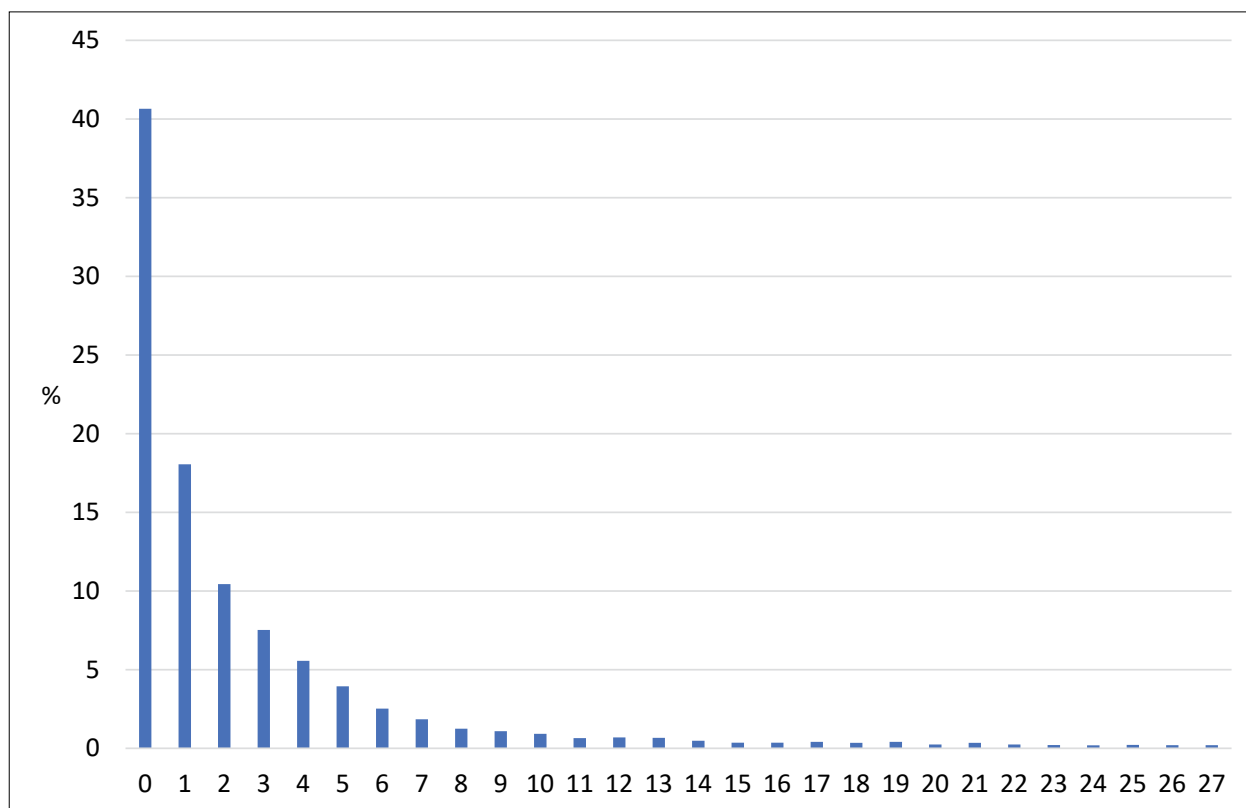
**Рисунок 21. Основные причины смерти доношенных (срок беременности  $\geq 37$  недель) и недоношенных детей (срок беременности менее 37 недель), 2013–2017 гг. (Реестр рождений)**



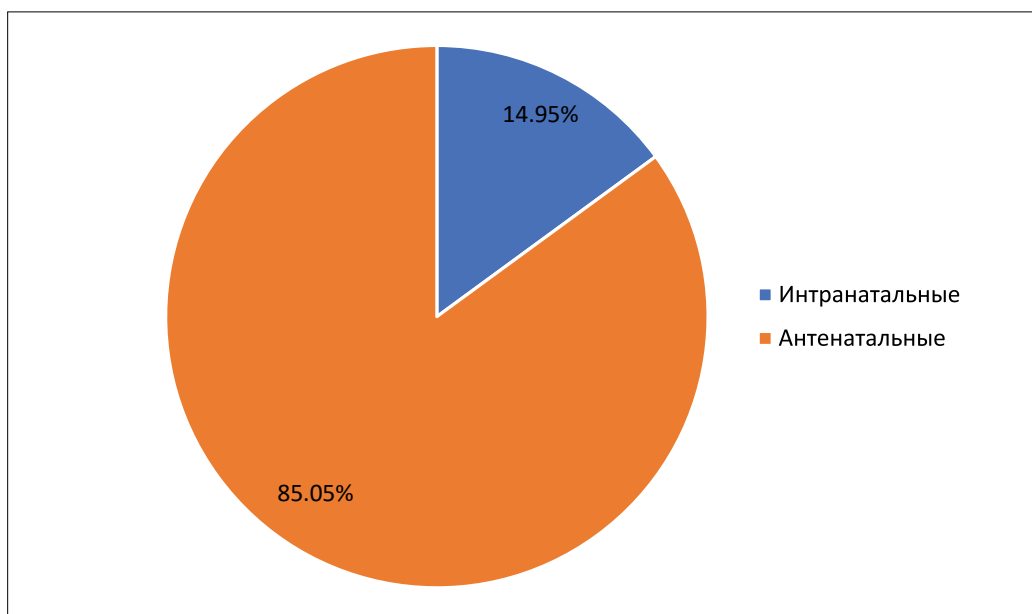
**Рисунок 22. Основные причины антенатальной и интранатальной смертности, 2013 - 2017 гг. (Реестр рождений)**



**Рисунок 23. Сроки смерти новорожденных по дням, 2013–2017 гг. (Реестр рождений)**



**Рисунок 24. Распределение мертворождений по срокам, 2013–2017 гг. (Реестр рождений)**



**Рисунок 25. Распределение мертворождений по срокам, 2013–2017 гг. (Реестр рождений)**

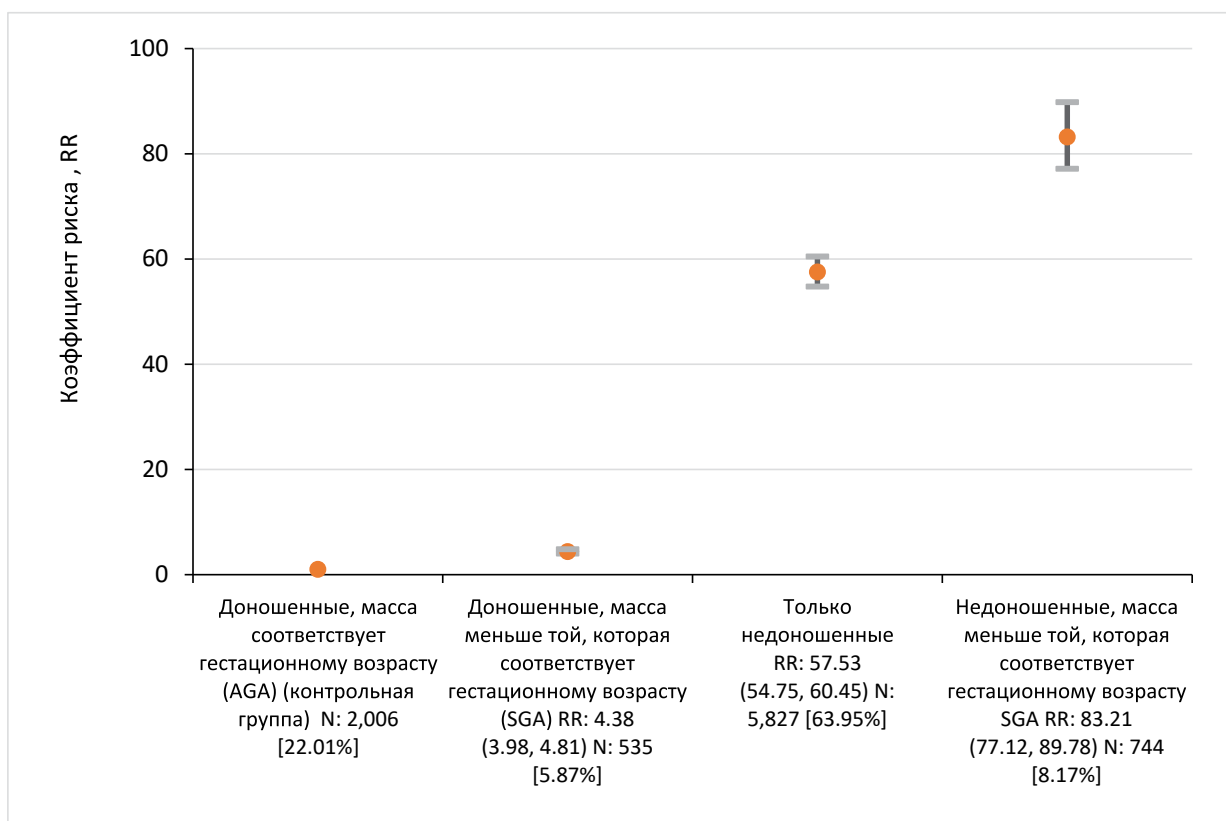


Таблица 5. Факторы, способствующие снижению неонатальной смертности в Кыргызстане, MICS 2018 и DHS 1997

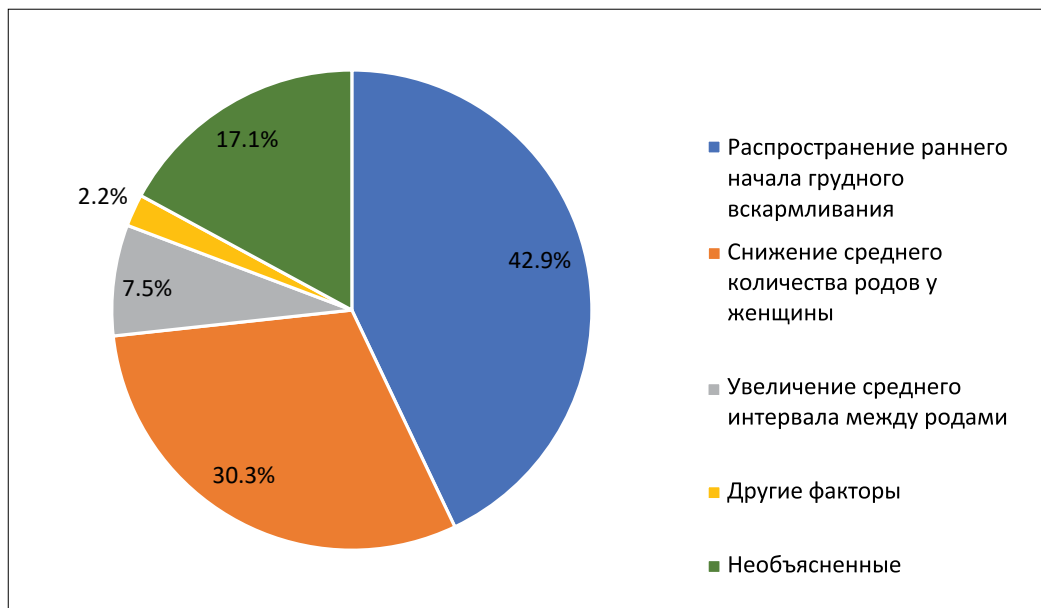
| Показатели  | Доли    |         | Изменение долей | Модель (2018 г.) |                   | Неонатальная смертность по изменению долей |
|---|---------|---------|-----------------|------------------|-------------------|--|
|   | 1997    | 2018    |                 | 2018-1997        | Коэффициент       |  |
| <b>БЛИЖАЙШИЕ</b>  |         |         |                 |                  |                   |  |
| Очередность рождения (по отношению к первым родам)      |         |         |                 |                  |                   |  |
| Вторые  | 0.2708  | 0.2892  | 0.0184          | 0.0579           | 0.892             |  |
| Третьи  | 0.1945  | 0.1799  | -0.0146         | -0.2711          | 0.620             |  |
| Четвертые +   | 0.2419  | 0.1529  | -0.0890         | -1.3688          | 0.051             | 0.1218                                     |
|   |         |         |                 |                  |                   |  |
| Пол ребенка (базовый мужской)                           |         |         |                 |                  |                   |  |
| Женский   | 0.4972  | 0.4911  | -0.0061         | -0.6477          | 0.020             | 0.0040                                     |
|   |         |         |                 |                  |                   |  |
| Возраст матери при рождении ребенка (базовый 20-29 лет) |         |         |                 |                  |                   |  |
| <20   | 0.0942  | 0.0681  | -0.0261         | 0.5467           | 0.193             |  |
| 30-39   | 0.2628  | 0.1845  | -0.0783         | 0.5114           | 0.275             |  |
| 40+   | 0.0164  | 0.0125  | -0.0039         | 2.4728           | 0.020             | -0.0096                                    |
|   |         |         |                 |                  |                   |  |
| Интервал между родами                                   |         |         |                 |                  |                   |  |
| Средний   | 23.2147 | 28.7687 | 5.5541          | -0.0133          | 0.147             | -0.0737                                    |
| Парите  |         |         |                 |                  |                   |  |
| Среднее значение  | 4.4185  | 3.6137  | -0.8048         | 0.3720           | <0.001            | -0.2994                                    |
|   |         |         |                 |                  | СУММА             | -0.2569                                    |
|   |         |         |                 |                  | Exp(sum)=rel.risk | 0.7734                                     |
| <b>СРЕДНИЕ</b>  |         |         |                 |                  |                   |  |
| Размер домохозяйства (базовый: менее 7 человек)         |         |         |                 |                  |                   |  |
| 7+ человек  | 0.4690  | 0.4552  | -0.0138         | -0.4608          | 0.098             | 0.0064                                     |
| Раннее начало кормления грудью (базовый вариант: да)    |         |         |                 |                  |                   |  |
| Нет   | 0.5873  | 0.1492  | -0.4381         | 0.9671           | 0.001             | -0.4237                                    |
| Улучшенное качество питьевой воды (базовый вариант: да) |         |         |                 |                  |                   |  |
| Нет   | 0.2429  | 0.0904  | -0.1525         |                  |                   |  |



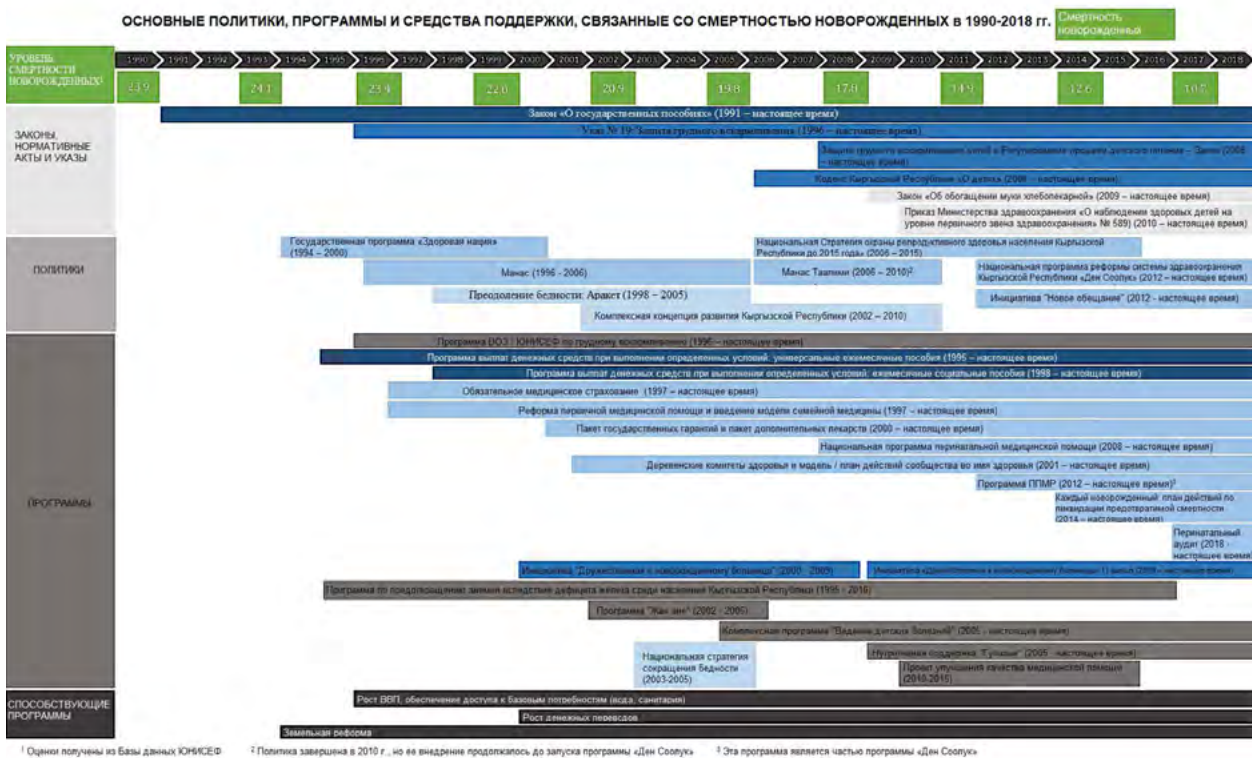
|   |        |        |         |                                  |       |                   |
|---|--------|--------|---------|----------------------------------|-------|-------------------|
| Улучшенные санитарные условия (базовый вариант: да)                             |        |        |         |                                  |       |                   |
| Нет   | 0.0042 | 0.0021 | -0.0021 |                                  |       |                   |
| Минимум четыре посещения в дородовой период (базовый вариант: да)               |        |        |         |                                  |       |                   |
| Нет   | 0.1854 | 0.0631 | -0.1223 |                                  |       |                   |
| Квалифицированная акушерская помощь при родах (базовый вариант: да)             |        |        |         |                                  |       |                   |
| Нет   | 0.0149 | 0.0022 | -0.0127 |                                  |       |                   |
| Использование противозачаточных средств в настоящее время (базовый вариант: да) |        |        |         |                                  |       |                   |
| Нет   | 0.4538 | 0.5663 | 0.1125  |                                  |       |                   |
|   |        |        |         | СУММА<br>Exp(sum)=rel.risk       |       | -0.4173<br>0.6588 |
| УДАЛЕННЫЕ   |        |        |         |                                  |       |                   |
| Образование матери (базовый вариант: высшее)                                    |        |        |         |                                  |       |                   |
| Без образования / Начальное / Среднее   | 0.8777 | 0.7232 | -0.1545 |                                  |       |                   |
| Квантиль индекса благосостояния (базовый вариант: самые бедные)                 |        |        |         |                                  |       |                   |
| Вторая  | 0.2081 | 0.2283 | 0.0202  |                                  |       |                   |
| Средняя   | 0.1992 | 0.1932 | -0.006  |                                  |       |                   |
| Четвертая   | 0.1955 | 0.1935 | -0.002  |                                  |       |                   |
| Самые богатые   | 0.136  | 0.132  | -0.004  |                                  |       |                   |
| Область проживания (базовый вариант: Ошская)                                    |        |        |         |                                  |       |                   |
| Бишкек  | 0.0693 | 0.1313 | 0.0620  | 0.4204                           | 0.407 |                   |
| Чуйская   | 0.1656 | 0.1378 | -0.0278 | -0.0812                          | 0.880 |                   |
| Иссык-Кульская  | 0.0872 | 0.0697 | -0.0175 | 0.6710                           | 0.104 | -0.0117           |
| Джалал-Абадская   | 0.1968 | 0.2050 | 0.0082  | 0.9919                           | 0.017 | 0.0081            |
| Нарынская   | 0.0667 | 0.0443 | -0.0224 | 0.3883                           | 0.451 |                   |
| Таласская   | 0.0289 | 0.0568 | 0.0279  | 0.3353                           | 0.543 |                   |
|   |        |        |         | СУММА<br>Exp(sum)=rel.risk       |       | -0.0036<br>0.9964 |
|   |        |        |         | Общая СУММА<br>Exp(sum)=rel.risk |       | -0.6778<br>0.5077 |

<sup>NB</sup>: В декомпозицию включены только статистически значимые переменные

**Рисунок 26. Относительный вклад каждого фактора в наблюдаемое снижение неонатальной смертности (DHS 1997, MICS 2018)**



**Рисунок 27. Законы, политика, программы и способствующие факторы, связанные со смертностью новорожденных в 1990–2018 гг.**



## Описание политик и программ

### і. Законы, нормативные акты и указы

#### **Закон «О государственных пособиях» (1991 г. – настоящее время)**

Этот закон направлен на сокращение бедности среди крайне бедных, семей, заботящихся о детях-инвалидах, сиротах и престарелых. Этот закон привел к созданию двух программ денежных трансфертов: универсального ежемесячного пособия (УЕП) и ежемесячного социального пособия (ЕСП). УЕП было внедрено в 1991 г. и предназначено для семей с низким доходом с детьми младше 16 лет или младше 21 года, если они учились в школе. ЕСП было введено в 1998 г. и предназначено для людей с ограниченными возможностями, пожилых людей, сирот и детей, рожденных от матерей с ВИЧ (2–4).

#### **Указ № 19: Защита грудного вскармливания (1996 – настоящее время)**

Этот законодательный акт, принятый в результате кампании ЮНИСЕФ / ВОЗ по пропаганде грудного вскармливания, был реализован с целью улучшения практики грудного вскармливания за счет увеличения доли матерей, кормящих грудью своих детей. Он также был направлен на улучшение перинатального ухода. Перед медработниками на местах была поставлена задача распространять среди населения информацию о грудном вскармливании, уделяя особое внимание беременным женщинам и женщинам репродуктивного возраста. Подчеркивалась важность грудного вскармливания и предоставлялась информация о раннем начале грудного вскармливания, а также времени и продолжительности грудного вскармливания (5).

#### **Защита грудного вскармливания детей и регулирование продажи детского питания – Закон (2008 – настоящее время)**

Этот закон способствует внедрению правильной практики грудного вскармливания, регулируя продажу заменителей грудного молока. До принятия этого закона медицинские работники продвигали продажу заменителей грудного молока, которые теперь должны соответствовать строгим требованиям к маркировке, причем маркетинг с использованием графики, фотографий и рисунков запрещен. Необходимо также, чтобы на упаковке заменителей грудного молока указывались преимущества грудного вскармливания. Техническое регулирование этого закона введено в 2012 г. и действует до сих пор (6). Этот закон привел к включению 11-го шага в Инициативу «Больница, дружественная к ребенку», запрещающего использование заменителей грудного молока и применение методов искусственного вскармливания.

#### **Кодекс Кыргызской Республики «О детях» (2006 – настоящее время)**

Кодекс Кыргызской Республики «О детях» устанавливает права, свободы и законные интересы детей, в том числе обеспечение права детей на охрану здоровья, и определяет обязанности государственных органов, ответственных за охрану здоровья. Кодекс ставит перед учреждениями общественного здравоохранения задачу по охране здоровья детей посредством медицинского наблюдения за новорожденными и младенцами, снижения детской смертности, предоставления адекватных медицинских услуг до родов и после родов, а также предоставления информации родителям относительно грудного вскармливания, гигиены и санитарии (7).

#### **Закон «Об обогащении муки хлебопекарной» (2009 – настоящее время)**

Этот закон гарантирует обогащение муки витаминами В1, В2, В3, фолиевой кислотой и минералами, железом и цинком, с целью снижения бремени дефицита питательных микроэлементов. Техническое регулирование было введено в 2012 г., оно регулирует требования к упаковке и маркировке, требования безопасности, а также инструкции по хранению и транспортировке (8,9).

**Приказ Министерства здравоохранения «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения» № 589) (2010 – настоящее время)**

Этот приказ, впервые изданный в 2010 г. и реформированный в 2015 г., включает классификацию периодов детства, мониторинг здоровья детей в возрасте от 0 до 17 лет, оценку развития детей в возрасте от 0 до 6 лет и инструкции по грудному вскармливанию и прикорму до двухлетнего возраста. Основная цель этого приказа – оценка состояния питания ребенка в качестве профилактической меры для обеспечения хорошего здоровья (10).

**ii. Политики**

**Национальная Стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года» (2006–2015)**

Национальная стратегия репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики направлена на обеспечение репродуктивных прав и улучшение репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики. Первоочередными задачами этой стратегии являются безопасное материнство, репродуктивный выбор, репродуктивное здоровье подростков, рак репродуктивной системы, предотвращение насилия и борьба с ИППП и ВИЧ (11). Были созданы областные координационные советы по репродуктивному здоровью как механизм решения вопросов, связанных с организациями здравоохранения, включая повышение осведомленности населения о сексуальном репродуктивном здоровье, ВИЧ, ИППП и контрацепции (12). Основное внимание в этой стратегии направлено на обеспечение прав человека, гендерного равенства и равного медицинского обслуживания социально уязвимых групп (13).

**Государственная программа «Здоровая нация» (1994–1999)**

Государственная программа «Здоровая нация» была первой политикой Кыргызстана в области здравоохранения, которая привела к реализации всеобъемлющей реформы здравоохранения. Масштабы системы здравоохранения были уменьшены по сравнению с советским уровнем, поскольку ее содержание оказалось не под силу для нового независимого Кыргызского государства. Цель этой программы заключалась в том, чтобы заложить фундамент, на котором кыргызский народ сможет строить здоровый образ жизни посредством физического совершенствования и духовного развития. Цели программы включали снижение заболеваемости туберкулезом, инвалидности, смертности детей в возрасте до 5 лет и материнской смертности. Эта программа заложила основу для реформирования системы первичной медико-санитарной помощи и в конечном итоге запуска программы «Манас» (14,15).

**Национальные программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996–2006)**

В рамках программы «Манас» была реформирована система оказания медицинской помощи с целью укрепления системы первичной медико-санитарной помощи, разви-

тия семейной медицины и реструктуризации больничного сектора. Эта программа улучшила обеспечение фармацевтическими препаратами, качество программ по охране здоровья матери и ребенка, сердечно-сосудистых заболеваний, туберкулеза и ВИЧ / СПИДа. Было реформировано финансирование системы здравоохранения и внедрены методы оплаты, основанные на результатах. С тех пор программа «Манас» стала всемирно признанной моделью финансирования здравоохранения (16–20).

#### **Национальная программа преодоления бедности «Аракет» (1998–2005)**

Эта программа была первой попыткой правительства Кыргызстана всесторонне сократить бедность. Программа «Аракет» создала возможности для трудоустройства, социальной защиты и защиты труда. Это привело к увеличению занятости в сельской местности за счет аграрной земельной реформы, были сокращены расходы на воду и канализацию, были предоставлены пособия по безработице и увеличился средний размер пенсий (21,22).

#### **Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас Таалими» (2006–2010)**

Программа «Манас» была преобразована в программу «Манас Таалими», в рамках которой был реализован общесекторальный подход (SWAp). Как и его предшественница, программа «Манас таалими» была направлена на улучшение качества медицинских услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи, укрепление общественного здравоохранения и улучшение качества медицинского образования. Дополнительные цели «Манас таалими» включали улучшение сельских центров здоровья, укрепление реформ финансирования здравоохранения и улучшение специализированной помощи (16–19).

#### **Национальная программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден Соолук» (2012–настоящее время)**

Программа реформирования здравоохранения «Ден соолук» основана на трех взаимосвязанных столпах: (1) ожидаемое улучшение здоровья населения, (2) улучшение основных услуг, необходимых для достижения ожидаемого улучшения здоровья населения, и (3) устранение барьеров, препятствующих оказанию основных услуг и улучшению здоровья населения. Она направлена на улучшение показателей здоровья при распространенных заболеваниях, включая здоровье матери и ребенка, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и ВИЧ. Программа «Ден соолук» основана на успехах и недостатках программ «Манас» и «Манас Таалими» и делает упор на улучшение социальных детерминант здоровья (17, 23–25).

Эта программа направлена на снижение материнской смертности за счет проведения мероприятий среди соответствующих групп населения, включая повышение осведомленности об анемии, питании матери, признаках опасности во время беременности и полезных для здоровья привычках. В рамках программы было также предусмотрено улучшение предоставления отдельных медицинских услуг для достижения этой цели, которые включают дородовой уход, услуги по планированию семьи, активное ведение третьего этапа родов для уменьшения послеродового кровотечения и высококачественную неотложную акушерскую помощь. Программа «Ден соолук» признает необходимость постоянного ухода за женщинами во время

беременности, родов и в послеродовой период и включает акцент на улучшении взаимодействия между различными уровнями помощи, а также на пилотном тестировании новых способов оказания медицинских услуг (25).

#### **Комплексная концепция развития Кыргызской Республики (2002–2010)**

Комплексная концепция развития – это инициатива Всемирного банка, которая была частью долгосрочной стратегии развития, ориентированной на социальное и экономическое развитие. Целью концепции было сокращение бедности на 50 % к 2010 г. Концепция также направлена на пропаганду здорового образа жизни, улучшение доступа к безопасной питьевой воде и укрепления потенциала здравоохранения и медицинских работников. Кроме того, основными направлениями этой концепции были проект развития детей младшего возраста на местном уровне, детское здоровье и питание, поддержка ухода за детьми младшего возраста и образование в детских садах и дошкольных учреждениях (26–28). Концепция действовала в период с 2002 по 2010 г., но ее реализация была прервана после тюльпановой революции и смены правительства в 2005 г.

#### **Национальная инициатива «Новое обещание» (2012 – настоящее время)**

Инициатива «Новое обещание» возникла из Призыва к действию «Выживание детей». Кыргызстан является одной из более чем 30 стран, взявших на себя обязательства по повышению выживаемости детей на основе основных принципов, включая: (1) усиление политической приверженности искоренению предотвратимой детской смертности посредством амбициозных измеримых целей; (2) повышение общественной подотчетности путем мониторинга и отслеживания действий, которые определяют приоритеты действий; и (3) мобилизацию сообществ для принятия мер по повышению выживаемости детей при обеспечении подотчетности правительств (29).

### **iii. Программы**

#### **Программа ВОЗ / ЮНИСЕФ по грудному вскармливанию (1996 – настоящее время)**

ЮНИСЕФ давно поддерживает грудное вскармливание и добилась успехов в продвижении грудного вскармливания после принятия Инночентийской декларации по защите, поощрению и поддержке грудного вскармливания в 1990 г. (30). Приказ Министерства здравоохранения Кыргызстана № 19 «О защите грудного вскармливания» стал результатом кампании ЮНИСЕФ / ВОЗ по продвижению грудного вскармливания.

#### **Программа выплат денежных средств при выполнении определенных условий: универсальные ежемесячные пособия (1995 – настоящее время)**

Универсальное ежемесячное пособие (УЕП) было введено в 1995 г. с целью оказания помощи детям из малообеспеченных семей (2). Доказано, что количество детей в семье в значительной степени коррелирует с бедностью, что оправдывает направленность УЕП на детей. Были охвачены дети в возрасте от 1,5 до 16 лет, и, если ребенок оставался студентом, такая поддержка предоставлялась до 21 года.

#### **Программа выплаты денежных средств при выполнении определенных условий: ежемесячные социальные пособия (1998 – настоящее время)**

Ежемесячное социальное пособие (ЕСП) было учреждено в 1998 г. и служило про-

граммой замещения денежного дохода для малоимущих слоев населения, включая детей с ограниченными возможностями в возрасте до 18 лет, других людей с ограниченными возможностями, детей-сирот, многодетных матерей и пожилых людей, которые не имеют права на пенсию (2).

#### **Обязательное медицинское страхование (1997 – настоящее время)**

Программа Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) была нацелена на объединение государственных средств для увеличения ресурсов системы здравоохранения. ФОМС обеспечил финансирование и предоставление основного пакета гарантированных медицинских услуг. Финансирование в местных медицинских учреждениях лекарств и предметов медицинского назначения было улучшено за счет доплат и направлено на сокращение неофициальных платежей из кармана физических лиц. ФОМС был ключевым компонентом более широкой реформы сектора здравоохранения «Манас».

#### **Реформа первичной медицинской помощи и введение модели семейной медицины (1997 – настоящее время)**

Эта модель преобразовала централизованно управляемую специализированную первичную медико-санитарную помощь, действовавшую в советское время, в подход, в котором используется комплексная модель семейной медицины (31). Врачи среднего звена были обучены оказывать первичную медико-санитарную помощь на уровне общины, что было существенным пробелом в постсоветской системе здравоохранения. Кроме того, были созданы семейные медицинские центры и семейные групповые практики (31). С тех пор Кыргызстан является признанным региональным лидером в реформировании семейной медицины (32).

#### **Пакет государственных гарантий и пакет дополнительных лекарств (2000 – настоящее время)**

Пакет гарантированных государством услуг (ПГГУ) определил основной пакет медицинских услуг, таких как первичная медико-санитарная помощь и неотложная помощь, которые должны предоставляться всем гражданам Кыргызстана бесплатно. Вторичная медицинская помощь была субсидирована, и были введены официальные доплаты с существенными исключениями для уязвимых групп населения. Также был введен Дополнительный пакет лекарств (ДПЛ), который частично субсидировал стоимость лекарств с помощью ФОМС, повысив доступность и качество лекарств для населения Кыргызстана. Лекарства, включенные в ДПЛ, не полностью соответствуют лекарствам, включенным в Типовые списки основных лекарственных средств ВОЗ (33). Эти программы финансировались через ФОМС и помогли сократить неформальные и наличные платежи, а также повысили доступность и использование услуг первичной медико-санитарной помощи среди населения. ПГГУ считается важнейшим шагом / стратегией программы реформирования сектора здравоохранения «Манас», который способствовал обеспечению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

#### **Национальная программа / стратегия перинатальной медицинской помощи (2008 – настоящее время)**

Национальная программа перинатальной помощи направлена на снижение материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности за счет повы-

шения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, и обеспечения равного доступа к ней во всех областях страны. Эта программа является частью программы реформирования здравоохранения «Ден соолук», цель которой – улучшить акушерскую помощь за счет предоставления индивидуальных услуг и доступа к качественным медицинским услугам на всех уровнях комплексной системы перинатальной помощи. Национальная стратегия перинатальной помощи преследует 5 целей:

- Цель 1: Построение многоуровневой системы перинатальной / неонатальной помощи.
- Цель 2: Создание системы транспортировки / консультирования.
- Цель 3: Повышение качества перинатальной помощи за счет улучшения 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 на основе различных пакетов услуг, в зависимости от риска или тяжести случая (34).

Проекты ЮНИСЕФ «Единство действий» (DaO) и «Равенство» помогают Национальной стратегии перинатальной помощи в достижении целей 1, 3 и 4 (35). Эта стратегия поддержала три основных учебных курса: «Эффективная перинатальная помощь» (ЭПП), «Реанимация новорожденных» (РН) и «Эффективная неонатальная помощь» (ЭНП) (34).

### **Деревенские комитеты здоровья (ДКЗ) и модель / план действий сообщества во имя здоровья (2001 – настоящее время)**

Модель «Действия сообщества во имя здоровья» позволила создать независимые общественные организации, называемые Деревенскими комитетами здоровья, которые объединяют местных медицинских работников. Добровольцы из местных медицинских работников проходят обучение у медицинских работников и вносят свой вклад в профилактику заболеваний и укрепление здоровья в сообществах, уделяя особое внимание исключительно грудному вскармливанию. Эта программа была направлена на улучшение участия населения и сообществ (ключевой компонент реформы «Манас таалими») и признана Министерством здравоохранения в качестве основной стратегии по мобилизации сообществ и укреплению здоровья Министерством здравоохранения (16). ЮНИСЕФ объединила свои усилия с ДКЗ с целью поддержки коммуникационных мероприятий по вопросам питания и предоставления качественного образования и консультирования по вопросам, связанным с питанием (2).

### **Программа ППМР (2012 – настоящее время)**

ВИЧ / СПИД – одно из четырех программных направлений, которые были выбраны в программе «Ден соолук» в качестве приоритетных для достижения лучших общих результатов в отношении здоровья (25). В рамках этой программы особое внимание уделяется профилактике передачи инфекции от матери ребенку (ППМР), причем тестирование на ВИЧ направлено на беременных женщин с высоким риском и про-



водится широкое внедрение ранней диагностики младенцев. Дородовое тестирование на ВИЧ в Кыргызстане бесплатное, и почти 88 % беременных женщин проходят тестирование, а экспресс-тесты доступны в родильных домах. Программа ППМР в Кыргызстане привела к небольшому количеству случаев вертикальной передачи инфекции с 2012 г., хотя примерно 5 % детей, рожденных от беременных женщин, живущих с ВИЧ, становятся инфицированными (36).

#### **Каждый новорожденный: план действий по ликвидации предотвратимой смертности (2014 – настоящее время)**

В 2014 г. государства-члены ВОЗ одобрили План действий по каждому новорожденному (ENAP). План предусматривает стратегические действия по искоренению предотвратимой смертности новорожденных и мертворождений, а также по снижению материнской смертности и заболеваемости. Этот план предусматривает восемь конкретных этапов для улучшения здоровья матерей и новорожденных к 2030 г. К настоящему времени в Кыргызстане разработан национальный план действий в отношении новорожденных, принята политика уведомления о материнской смертности, разработана политика удержания и обучения квалифицированных акушерок, а также имеется стратегия вовлечения / мобилизации для реализации программы охраны здоровья матери и новорожденного. Однако в Кыргызстане еще не разработана национальная коммуникационная стратегия по развитию новорожденных и не проведен обзор системы перинатальной смерти (37).

#### **Перинатальный аудит (2018 – настоящее время)**

В 2016 г. инструмент перинатального аудита был запущен в Узбекистане. Представители Кыргызстана присутствовали на встрече по предварительному запросу ВОЗ об оказании помощи в этой области (38). Этот инструмент был разработан, чтобы помочь в использовании перинатального аудита для улучшения охраны здоровья матери и новорожденного, и он описан в публикации ВОЗ «Учет каждого ребенка: аудит и анализ мертворождений и неонатальных смертей». Пилотирование этой программы началось в Кыргызстане в 2018 г. при помощи ЮНИСЕФ под руководством Минздрава. Эта инициатива поможет выявить препятствия и пробелы в услугах, а также добавит качественные данные, связанные с перинатальной смертностью.

#### **Инициатива «Дружественная к новорожденному больница» (2000 – настоящее время)**

Инициатива «Дружественная к новорожденному больница» направлена на реализацию 10 принципов успешного грудного вскармливания в родильных домах и на регулирование организации молочной комнаты для хранения пастеризованного молока в родильных домах (5). В 2009 г. в эту инициативу были внесены дополнения, включающие 11-й шаг, запрещающий использование заменителей грудного молока.

#### **Программа по предотвращению анемии вследствие дефицита железа среди населения Кыргызской Республики (1995–2016)**

Эта программа была разработана для предотвращения анемии путем обогащения муки, предоставления профилактических пищевых добавок для групп риска, поощрения диетического разнообразия, минимизации инфекций и борьбы с ними, распространения результатов мониторинга и исследований и установления связи между борьбой с анемией и услугами общественного здравоохранения (24).

**Программа «Жан эне» (2002–2006)**

Программа «Жан эне» направлена на содействие перинатальному уходу, гендерному равенству и улучшению генетического фонда. Ее цель – улучшить репродуктивное здоровье девочек и женщин, а также снизить младенческую и материнскую смертность. Были также усовершенствованы подготовка и повышение квалификации персонала, а также повышена осведомленность общественности о безопасном материнстве и здоровье женщин (39).

**Национальная Стратегия сокращения бедности (2003–2005)**

Первым шагом к реализации Комплексной концепции развития стала Национальная стратегия сокращения бедности (НССБ). НССБ направлена на ускорение экономического роста, расширение возможностей трудоустройства, повышение эффективности и адресности социальной защиты и развитие человеческого капитала, а также улучшение институционального и человеческого потенциала. По мере внедрения НССБ были проведены реформы, которые обеспечили макроэкономическую стабильность и привели к среднегодовому экономическому росту на 5 %. Выросли доходы кыргызстанцев, улучшились услуги здравоохранения и образования, что привело к сокращению бедности с 52 до 44 % (21, 22, 40).

**Комплексная программа «Ведение детских болезней» (2005 – настоящее время)**

Программа предназначена для студентов медицинских вузов и аспирантов с целью улучшения медицинского наблюдения за больными детьми с целью снижения детской и младенческой смертности. Программа позволила медицинским работникам чувствовать себя увереннее при лечении детей до 5 лет. Это привело к тому, что больше времени уделялось непосредственно ребенку при заполнении их записей (АНАМНЕЗА); родители теперь приносят своих детей на лечение на более раннем этапе их болезни и, таким образом, медицинские работники имеют дело с менее тяжелобольными детьми; родители просят взвешивать их детей; используется меньше ненужных лекарств; а матери получают больше советов о том, как кормить грудью больного ребенка и ухаживать за здоровым. В результате матерям понравились новые способы приема детей врачом, больше матерей кормили грудью в течение длительного времени и больше детей получали только грудное молоко, и в то же время меньше детей направлялось в больницу (41).

**Нутритивная поддержка «Гулазык» (2009 – настоящее время)**

«Гулазык» – это программа обогащения продуктов питания микроэлементами в домашних условиях, предназначенная для получения микроэлементов детьми в возрасте от 6 до 24 месяцев. «Гулазык» – мясной продукт, богатый энергией и питательными веществами. Министерство здравоохранения инициировало эту программу с помощью ЮНИСЕФ в связи с высоким уровнем анемии у детей младшего возраста. Гулазык – это порошок, содержащий железо, цинк, витамины А и С, который распространяли обученные медицинские работники в семейных клиниках (42–44).

**Проект улучшения качества медицинской помощи (2010–2015)**

Проект включал пять основных компонентов, которые считались наиболее важными проблемами здравоохранения, с которыми Кыргызстан сталкивался в то время, включая профилактику и лечение туберкулеза, профилактику ВИЧ и доступ к меди-

цинской помощи, улучшение здоровья матери и ребенка, более широкое использование услуг в области планирования семьи и репродуктивного здоровья и решение проблемы противомикробной резистентности. Самым успешным компонентом был компонент борьбы с туберкулезом (45–50). Данный проект поддержал программу ВОЗ по эффективному перинатальному уходу, которая повлияла на здоровье матери и ребенка во всех родильных домах в Кыргызстане. Проект помог улучшить стационарное лечение младенцев и детей благодаря поддержке программы ВОЗ по ведению детских болезней. В рамках проекта также было проведено обучение медицинского персонала неотложной помощи при акушерских осложнениях (48).

**Таблица 6. Категоризация законов, политики и программ в Кыргызстане, имеющих отношение к семи пакетам LiST**

|     |  |
|-----|--|
| СБ  | Сокращение бедности: законы, политика и программы, снижающие бедность  |
| УСЗ | Укрепление системы здравоохранения: законы, политика и программы, которые в целом укрепляют систему здравоохранения                                |
| ЗД  | Здоровье детей: законы, политика и программы, которые связаны со здоровьем детей, но не определяют основные меры по охране здоровья новорожденных. |
| МЗ  | Материнское здоровье: законы, политика и программы, связанные с материнским здоровьем  |

|   | Правильное питание до зачатия | Дородовая медицинская помощь | Расширенная дородовая медицинская помощь | Медицинская помощь во время схваток и родов | Медицинская помощь новорожденным сразу после рождения | Уход за нормальными новорожденными | Медицинская помощь за новорожденными с малым весом и больными новорожденными |
|---|-------------------------------|------------------------------|--|---|---|------------------------------------|--|
| <b>Законы, нормативные акты и указы</b>   |                               |                              |  |   |   |                                    |  |
| Закон «О государственных пособиях» (1991 – наст.вр.) СБ   |                               |                              |  |   |   |                                    |  |
| Указ №19: Защита грудного вскармливания (1996 – настоящее время)  |                               |                              |  |   |   |                                    |  |
| Защита грудного вскармливания детей и Регулирование продажи детского питания – Закон (2008-настоящее время) |                               |                              |  |   |   |                                    |  |
| Кодекс Кыргызской Республики «О детях» (2006-настоящее время)   |                               |                              |  |   |   |                                    |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Закон «Об обогащении муки хлебопекарной» (2009-настоящее время) УСЗ   |  |  |  |  |  |  |  |
| Здоровые дети на уровне первичной медико-санитарной помощи (Постановление 589) (2010 - настоящее время) УСЗ |  |  |  |  |  |  |  |
| Политики  |  |  |  |  |  |  |  |
| Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015г. (2006-2015) МЗ                |  |  |  |  |  |  |  |
| Государственная программа «Здоровая нация» (1994-1999) УСЗ  |  |  |  |  |  |  |  |
| Национальные программы реформы здравоохранения «Манас» (1996-2006) УСЗ                                      |  |  |  |  |  |  |  |
| Инициатива «Новое обещание» (2012 – настоящее время) ЗД   |  |  |  |  |  |  |  |
| Преодоление бедности: Аракет (1998 – 2005) СБ   |  |  |  |  |  |  |  |
| Манас Таалими (2006 – 2010)УСЗ  |  |  |  |  |  |  |  |
| Национальная программа реформы системы здравоохранения КР «Ден Соолук» (2012 – настоящее время) УСЗ         |  |  |  |  |  |  |  |
| Комплексная концепция развития Кыргызской Республики (2002 – 2010) СБ                                       |  |  |  |  |  |  |  |

**Программы**

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Программа ВОЗ / ЮНИСЕФ по грудному вскармливанию  |  |  |  |  |  |  |  |
| Программа выплат ден. средств при выполн. опред. усл.: универс. ежемес. пособия (1995 – наст. вр.) СБ                         |  |  |  |  |  |  |  |
| Прогр. выплат ден. средств при выполн. опред. условий: ежемес. соц. пособия (1998 – наст. вр.) СБ                             |  |  |  |  |  |  |  |
| Обязательное медицинское страхование (1997 – настоящее время) УСЗ   |  |  |  |  |  |  |  |
| Реформа первичной медицинской помощи и введение модели семейной медицины (1997 – настоящее время) УСЗ                         |  |  |  |  |  |  |  |
| Пакет государственных гарантий и пакет дополнительных лекарств (2000 – настоящее время) УСЗ                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Национальная программа перинатальной медицинской помощи (2008 – настоящее время) ЗД, МЗ                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| Сельские комитеты здоровья и модель / программа действий местных сообществ по охране здоровья (2001 – настоящее время) ЗД, МЗ |  |  |  |  |  |  |  |
| Программа ППМР (2012 – настоящее время) ЗД  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Каждый новорожденный: план действий по ликвидации предотвратимой смертности (2014 – настоящее время) ЗД           |  |  |  |  |  |  |  |
| Перинатальный аудит (2018 – настоящее время) ЗД   |  |  |  |  |  |  |  |
| Инициатива «Дружественная к новорожденному больница» (2000 – настоящее время)                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Программа по предотвращению анемии вследствие дефицита железа среди населения Кыргызской Республики (1995 – 2016) |  |  |  |  |  |  |  |
| Программа «Жан эне» (2002 – 2006) МЗ  |  |  |  |  |  |  |  |
| Комплексная программа «Ведение детских болезней» (2005 – наст. время)   |  |  |  |  |  |  |  |
| Нутритивная поддержка «Гулазык» (2009 – настоящее время) ЗД   |  |  |  |  |  |  |  |
| Проект улучшения качества медицинской помощи (2010 – 2015) УСЗ  |  |  |  |  |  |  |  |
| Национальная Стратегия сокращения бедности (2003 – 2005) СБ   |  |  |  |  |  |  |  |

**Рисунок 28. Официальная помощь в целях развития, полученная и выплаченная на охрану здоровья матери, новорожденного и ребенка**



Таблица 7. Предположения об охвате вмешательством для анализа LiST

| Вмешательство (%)   | Охват на исходном уровне | Цель охвата к 2025 г. | Цель охвата к 2030 г. | Источник  |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| <b>ПЕРИОД ДО ЗАЧАТИЯ И ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ</b>   |                          |                       |                       |           |
| Добавки / обогащения фолиевой кислоты   | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Добавка / обогащение железом  | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Добавка кальция   | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Добавки микронутриентов (железо и несколько микронутриентов)  | 2.3                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Сбалансированная энергетическая добавка   | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | MICS 2018 |
| <b>АНТЕНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ</b>   |                          |                       |                       |           |
| Вакцинация против столбняка   | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | MICS 2018 |
| Выявление и лечение сифилиса  | 8.2                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| <b>РАСШИРЕННАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ МЕД. ПОМОЩЬ</b>  |                          |                       |                       |           |
| Ведение пациенток с гипертоническим расстройством   | 70.6                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Ведение пациенток с диабетом  | 35.3                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Ведение пациенток с малярией  | 78.2                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Лечение преэклампсии с помощью MgSO <sub>4</sub>  | 70.8                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Выявление и устранение задержки роста плода   | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| <b>МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ СХВАТОК И РОДОВ</b>  |                          |                       |                       |           |
| Квалифицированная акушерская помощь при родах   | 99.7                     | NA                    | NA                    | MICS 2018 |
| Роды в медицинском учреждении   | 99.6                     | NA                    | NA                    | MICS 2018 |
| <b>УХОД ЗА НОРМАЛЬНЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ</b>   |                          |                       |                       |           |
| Раннее начало грудного вскармливания  | 83.6                     | 90.0                  | 99.0                  | MICS 2018 |
| Грудное вскармливание (<1 месяца)   |                          |                       |                       |           |
| Исключительно грудное вскармливание   | 57.4                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Преимущественно грудное вскармливание   | 26.2                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Частичное грудное вскармливание   | 12.0                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Без грудного вскармливания  | 4.4                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Чистые послеродовые практики  | 79.8                     | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Хлоргексидин  | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| <b>УХОД ЗА МАЛЕНЬКИМИ И БОЛЬНЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ</b>   |                          |                       |                       |           |
| Ведение недоношенных детей (метод кенгуру, тепловая помощь)   | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| Ведение случ. неонат. сепсиса/пневмонии (пероральные/инъекционные антибиотики, полная поддержив. терапия) | 0.0                      | 90.0                  | 99.0                  | LiST      |
| РПР – раствор для пероральной регидратации  | 35.2                     | 90.0                  | 99.0                  | MICS 2018 |

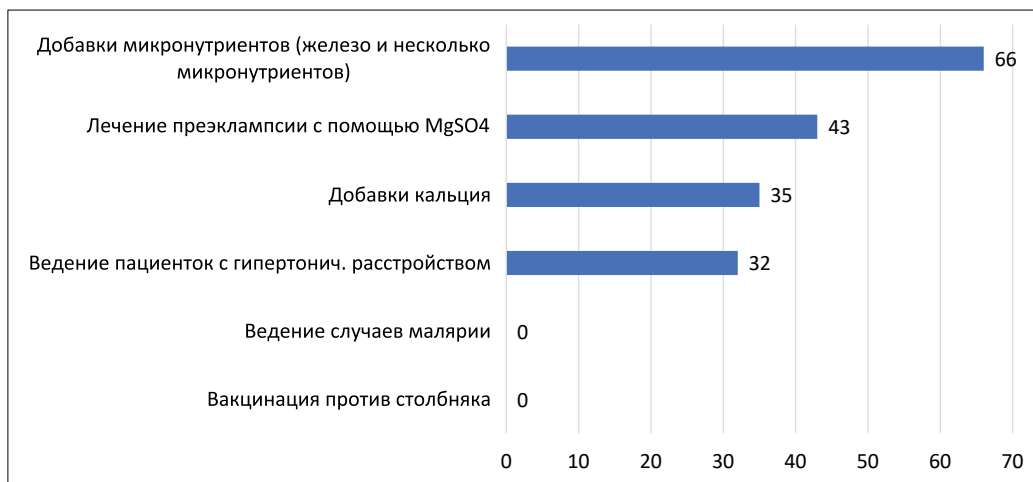


**Таблица 8. Количество жизней, спасенных с помощью мероприятий Плана действий для каждого новорожденного (ENAP)**

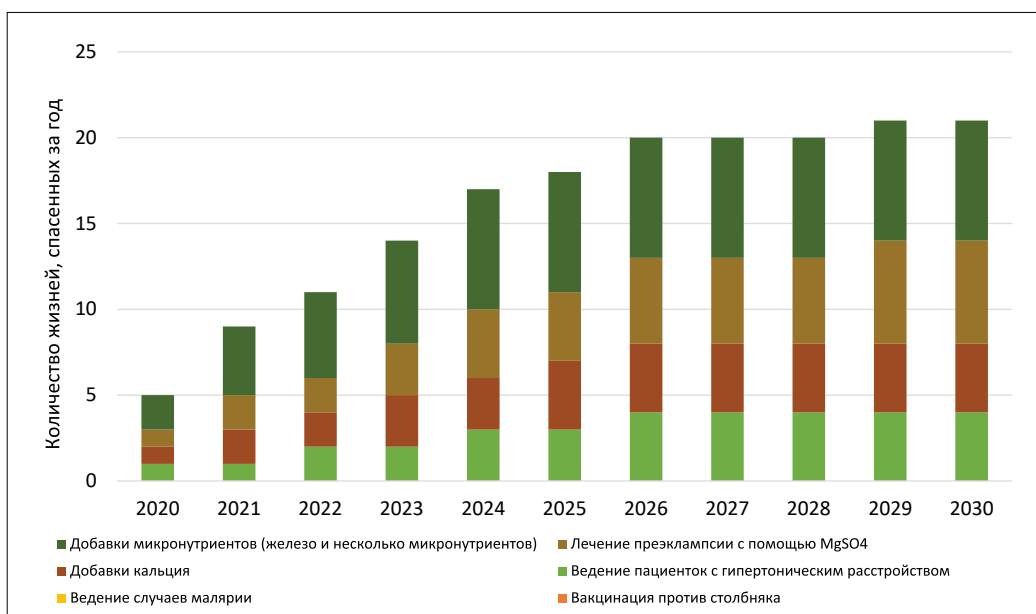
|                 | 2018–2025                   |      | 2018–2030                   |      |
|-----------------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|
|                 | Количество спасенных жизней | %    | Количество спасенных жизней | %    |
| Новорожденных   | 584                         | 36.4 | 624                         | 38.9 |
| Мертворожденных | 151                         | 9.8  | 172                         | 11.2 |
| Материнских     | 19                          | 16.8 | 21                          | 18.6 |

| <b>КОЛИЧЕСТВО СПАСЕННЫХ ЖИЗНЕЙ ПО ТИПАМ ВМЕШАТЕЛЬСТВА</b>    |              |      |              |      |             |      |
|--|--------------|------|--------------|------|-------------|------|
|  | Неонатальных |      | Мертворожден |      | Материнских |      |
|  | 2025         | 2030 | 2025         | 2030 | 2025        | 2030 |
| <b>Период до зачатия</b>                                     |              |      |              |      |             |      |
| Добавки / обогащения фолиевой кислоты                        | 42           | 45   | 0            | 0    | 0           | 0    |
| <b>ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ</b>                                   |              |      |              |      |             |      |
| Вакцинация против столбняка                                  | 3            | 3    | 0            | 0    | 0           | 0    |
| Выявление и лечение сифилиса                                 | 0            | 0    | 1            | 1    | 0           | 0    |
| Добавки кальция  | 0            | 0    | 0            | 0    | 4           | 4    |
| Добавки микронутриентов (железо и несколько микронутриентов) | 28           | 29   | 92           | 95   | 7           | 7    |
| Сбалансированная энергетическая добавка                      | 5            | 6    | 22           | 27   | 0           | 0    |
| Ведение пациенток с диабетом                                 | 0            | 0    | 12           | 13   | 0           | 0    |
| Лечение преэклампсии с помощью MgSO <sub>4</sub>             | 0            | 0    | 24           | 35   | 4           | 6    |
| Ведение пациенток с гипертоническим расстройством            | 0            | 0    | 0            | 0    | 3           | 4    |
| <b>ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ</b>                                 |              |      |              |      |             |      |
| Соответствующие возрасту методы грудного вскармливания       | 15           | 16   | 0            | 0    | 0           | 0    |
| <b>ПРЕВЕНТИВНЫЕ МЕРЫ</b>                                     |              |      |              |      |             |      |
| Чистые послеродовые практики                                 | 10           | 17   | 0            | 0    | 0           | 0    |
| Хлоргексидин   | 34           | 35   | 0            | 0    | 0           | 0    |
| <b>ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ</b>                   |              |      |              |      |             |      |
| Ведение недоношенных детей                                   | 298          | 321  | 0            | 0    | 0           | 0    |
| Ведение случаев неонатального сепсиса / пневмонии            | 148          | 150  | 0            | 0    | 0           | 0    |
| РПД – раствор для пероральной регидратации                   | 2            | 2    | 0            | 0    | 0           | 0    |

**Рисунок 29 а. Общее количество жизней матерей, спасенных благодаря вмешательствам в 2018–2030 гг., в целом по стране**



**Рисунок 29 б. Количество жизней матерей, ежегодно спасаемых благодаря вмешательствам в Кыргызстане, 2018–2030 гг.**



**Рисунок 30 а. Количество спасенных мертворожденных благодаря вмешательствам в Кыргызстане, 2018–2030 гг.**



**Рисунок 30 б. Количество спасенных мертворожденных благодаря вмешательствам в Кыргызстане, 2018–2030 гг.**

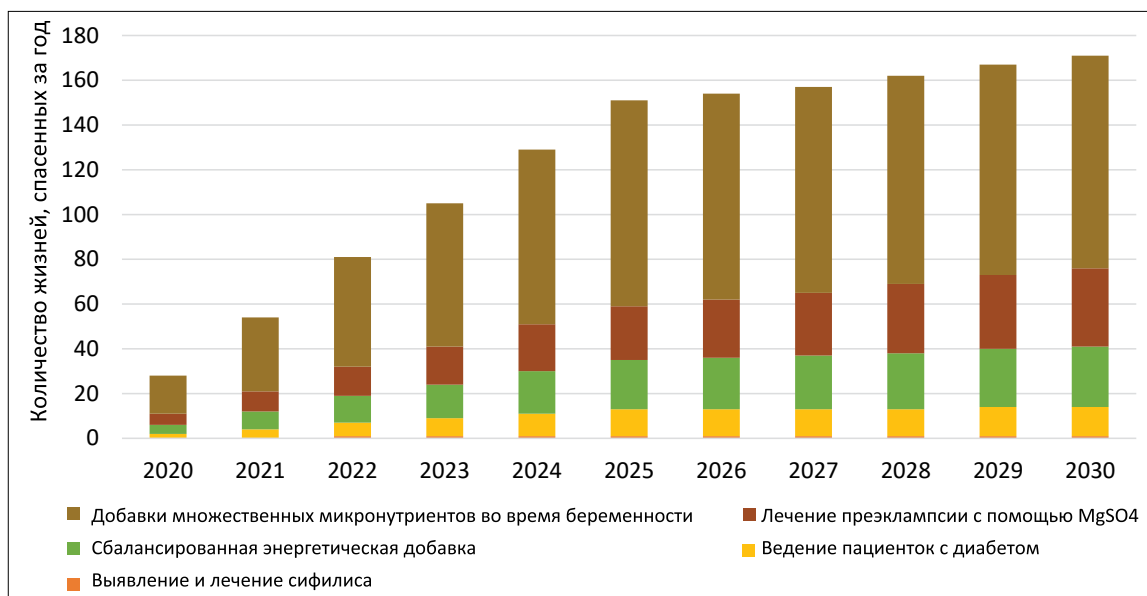


Таблица 9. Рассмотренные документы и отчеты

| Author/Institution                                      | Title  | Year |
|---|--|------|
| Liubsys/UNICEF  | A Model of Multi-level System of Perinatal/Neonatal Health Care Delivery in the Kyrgyz Republic  | 2008 |
| S. Newport et al./UNFPA                                 | A Review of Progress in Maternal Health in Eastern Europe and Central Asia   | 2009 |
| I. Lejnev & A. Kuttumuratova/WHO                        | Approaches to an integrated supervisory system in Kyrgyzstan for better maternal and child health  | 2009 |
| W. Lutz/UNFPA   | Emerging Population Issues in Eastern Europe and Central Asia  | 2010 |
| Asian Development Bank                                  | Country Operations Business Plan – Kyrgyz Republic 2011–2012   | 2011 |
| A. Ibraimova et al./WHO                                 | Kyrgyzstan Health System Review. Health Systems in Transition  | 2011 |
| T. Rabie et al./World Bank                              | Situational Analysis Improving economic outcomes by expanding nutrition programming in the Kyrgyz Republic   | 2011 |
| Asian Development Bank                                  | Management Response to the country assistance program evaluation for Kyrgyz Republic   | 2012 |
| J. Cekota et al./UNDP                                   | The United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) Report on Achieving the Millennium Development Goals in Europe and Central Asia, 2012  | 2012 |
| T. Wardlaw et al./UNICEF                                | Committing to Child Survival: A promise renewed – progress report 2012   | 2012 |
| Alberta Bacci et al./MOH, WHO, UNFPA, UNICEF            | Improving quality of care for mothers and newborn babies in the Republic of Kyrgyzstan<br>Assessment of quality of maternal and neonatal services at hospital and primary health care levels | 2012 |
| UNICEF  | Cost benefit analysis of the equity programme in southern Kyrgyzstan – Centre for Socioeconomic Research   | 2012 |
| DFID/Coffey International Development                   | Public Expenditure Tracking Survey (PETS) on Health and Education in Kyrgyz Republic – Health Service Delivery Report  | 2012 |
| R. Hasanov et al./UNDP                                  | The Kyrgyz Republic Third Report on Progress towards achieving the millennium development goals 2013   | 2013 |
| World Bank  | Kyrgyz Republic Early Childhood Development SABER Country Report 2013  | 2013 |
| Curatio International Foundation                        | Progress in Reducing Health System Bottlenecks Towards Achieving the MDG4: Evaluation of UNICEF's Contribution in Five CEE/CIS Countries   | 2013 |
| MoH/MoE   | Kyrgyzstan MDG Acceleration Framework  | 2013 |
| Norwegian Helsinki Committee & UNFPA                    | Analysis of Early Marriage and Early Maternity in Kyrgyzstan   | 2013 |
| Gulgun Murzalieva et al./ Health Policy Analysis Center | Research note on Maternal Mortality in the Kyrgyz Republic   | 2013 |
| UNICEF  | Regional Analysis Report 2013 (Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS))  | 2014 |
| T. Gotsadze & C. Zanetti/UNICEF                         | Evaluation of UNICEF programme on perinatal care for the period 2010–2013 project evaluation report  | 2014 |
| Republican Centre for Health Promotion (RCHP)           | Assessment of knowledge and awareness of danger signs of pregnancy and childhood diseases in communities of Osh, Batken, and Jalal-Abad provinces  | 2014 |
| T. Gotsadze/UNICEF                                      | Evaluation of UNICEF Programme on Perinatal Care for the period 2010–2013  | 2014 |
| WB Kyrgyzstan   | Kyrgyz Republic: Performance Based payments for maternal and neonatal health – Quantitative baseline survey report   | 2014 |

| Author/Institution                        | Title   | Year |
|---|---|------|
| J. Azevado et al./World Bank              | Kyrgyz Republic Social Sectors at a Glance  | 2015 |
| Tim Cammack et al./UNICEF                 | Strengthening equity focused budgeting for Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) in Central Asia  | 2015 |
| T. Gotsadze & K. Shalyeva/UNICEF          | Evaluation of UNICEF Country Program (2012–2016) and Strategic Positioning  | 2016 |
| P. Schneider & S. Vogler/WHO              | Pharmaceutical pricing and reimbursement reform in Kyrgyzstan   | 2016 |
| G. Najimidinova/UNICEF                    | Analytical Review of Documents on the System of Home Visits in the Kyrgyz Republic  | 2016 |
| Asian Development Bank                    | Asian Development Bank Member Fact Sheet – Kyrgyz Republic  | 2017 |
| UNICEF                                    | Country Programme document (2018–2022) – Kyrgyzstan   | 2017 |
| UNICEF                                    | Regional Analysis Report 2016 (Regional Office for Europe and Central Asia (CEE/CIS))   | 2017 |
| UNICEF                                    | UNICEF Annual Report 2017 – Kyrgyzstan  | 2017 |
| D. Collins et al./WHO                     | Improving the implementation of a package of essential non-communicable (PEN) disease interventions in Kyrgyzstan: mixed methods service evaluation of pilot health centres | 2017 |
| D. Nassler, K. Hornetz/GIZ                | Strategic Outline for the Capacity Development Plan for the National Perinatal Care Centre (NPC)  | 2017 |
| T. Gotsadze, G. Murzalieva/Swiss Embassy  | Impact evaluation of the Community Action for Health (CAH) project in Kyrgyzstan  | 2017 |
| D. Nassler, K. Hornetz/GIZ                | Capacity Development Planning Support to the Bishkek Maternity Hospital of the National MCH Center (NMCHC)  | 2017 |
| UNICEF, WHO, IPA, MOH                     | Inter-country Meeting to Accelerate progress in MNH in Central Asia and Caucasus in the context of the SDGs Bishkek, Kyrgyzstan – Meeting Report                            | 2017 |
| C. Aidralieva/GIZ                         | Analysis of the data and documents on the perinatal care in Kyrgyzstan  | 2017 |
| G. Siupsinskas/GIZ                        | Promotion of Perinatal health in Kyrgyzstan   | 2017 |
| Asian Development Bank                    | Country Partnership Strategy Kyrgyz Republic, 2018–2022 – Supporting Sustainable Growth, Inclusion, and Regional Cooperation  | 2018 |
| UNICEF                                    | ROAR 2017: Europe and Central Asia Regional Office Annual Report  | 2018 |
| WHO                                       | A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?   | 2018 |
| C. Shaw et al./WHO                        | Quality of care review in Kyrgyzstan  | 2018 |
| WHO                                       | The World Health Organization in Kyrgyzstan   | 2018 |
| MoH                                       | Every Newborn Action Plan (ENAP) Simplified Country Implementation Tracking Tool  | 2018 |
| T. Gotsadze /UNICEF                       | Introduction of 24 hour pediatric hospitalization practice in Republic of Kyrgyzstan  | 2018 |
| GIZ/EPOS Health/ in coordination with CAI | Promotion of Perinatal Health in Kyrgyzstan – Perinatal Care Referral System Study  | 2018 |

## Комментарий

### Улучшение здоровья матери и новорожденного в Кыргызстане

Здоровье матери, новорожденного и ребенка – ключевые показатели эффективности системы здравоохранения. Они также находятся в центре внимания национальной и международной политики, в том числе и Целей устойчивого развития. В журнале *The Lancet Global Health* Махдис Камали с коллегами<sup>1</sup> сообщают о результатах исследования тенденций и определяющих факторов смертности новорожденных в Кыргызстане. Изучение смертности новорожденных в Центральной Азии – малоизученная область, данные которой необходимо сравнивать с данными систем регистрации актов гражданского состояния.

Камали и её коллеги использовали общедоступные хранилища данных и национальный реестр рождений Кыргызстана для оценки тенденций в области репродуктивного здоровья, здоровья и смертности матерей и новорожденных в период с 1990 по 2018 г. Авторы также провели обзор национальной политики и программ и перспективного анализа в рамках инструмента “Спасенные жизни” (*The Lives Saved Tool (LiST)*) – компьютерная модель, которая оценивает влияние увеличения масштабов ключевых вмешательств на улучшение здоровья матерей, новорожденных и детей – прим. перев.), чтобы определить вмешательства, которые могут предотвратить большинство материнских, неонатальных и детских смертей. Установлено, что за последние два десятилетия в Кыргызстане показатели смертности новорожденных снизились на 46 %, а смертности детей младше 5 лет – на 69 %, в то время как материнская смертность снизилась на 7 %, а уровень мертворождаемости – на 29 %. Благодаря расширению масштабов нескольких основных мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья матери и новорожденного, к 2030 г. можно будет предотвратить 39 % неонатальных смертей, 11 % мертворождений и 19 % материнских смертей.

Хотя эти результаты свидетельствуют о значительном прогрессе в Кыргызстане, поразительно то, что гораздо большее снижение смертности новорожденных было достигнуто во всем регионе Центральной Азии (70 % против 46 % в Кыргызстане). Кроме того, материнская смертность в Кыргызстане снизилась всего на 7 % в период с 1990 по 2017 г. (с 82 до 76 смертей на 100000 живых новорожденных) по сравнению с 54 % в регионе Центральной Азии.

Это вызывает недоумение, поскольку Кыргызстан предпринял ряд мер по укреплению здоровья матери и ребенка и приобрел репутацию пионера реформ здравоохранения в регионе. Имеются некоторые признаки того, что системы регистрации естественного движения населения в стране, возможно, более полные, чем в некоторых других странах региона<sup>2</sup>, но существуют и более широкие проблемы.

Здоровье матери и ребенка было стратегическим приоритетом уже в советский период и вновь стало таковым после обретения Кыргызстаном независимости в 1991 г.. В 2004 г. в Кыргызстане было введено международное определение живорождения и начали создавать реестр смертности новорожденных, детей и матерей на базе медицинских учреждений. В 2006 г. при Министерстве здравоохранения были созданы Национальное управление по охране здоровья матери и ребенка и Республиканский центр охраны здоровья матери и ребенка. С 2007 г. национальный комитет проводит ежегодный обзор всех случаев смерти, связанных с беременностью и родами. Как в программе «Манас таалими» (2006–2010 гг.), так и в программе реформы здравоохранения «Ден соолук» (2012–2018

гг.) охрана здоровья матери и ребенка является первостепенной задачей.<sup>1</sup>

Тем не менее, в последние несколько лет прогресс в реформировании здравоохранения застопорился<sup>3</sup>. Всеобщий доступ к услугам здравоохранения остается проблемой из-за высоких выплат из кармана пациентов, включая неформальные платежи. В 2017 г. на частные выплаты приходилось 56 % текущих расходов на здравоохранение<sup>4</sup>. Деньгами пациентов покрывалась преимущественно стоимость лекарств и медицинских изделий, на которые в совокупности приходилось более 50 % расходов домохозяйств в 2000–2014 г.<sup>5</sup> И хотя внешние доноры продолжают играть важную роль, доля внешней помощи в текущих расходах на здравоохранение снизилась с 15,7 % в 2004 г до 5,6 % в 2017 г.<sup>4</sup>

Оценка ВОЗ сексуального, репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения в Кыргызстане показала высокую долю личных расходов, высокую стоимость лекарств и высокую частоту неформальных платежей в процессе получения медицинских услуг, что является серьезным препятствием на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения. Почти четверть населения не охвачена пакетом обязательного медицинского страхования. Сюда входят подростки, которые больше не считаются детьми, но еще не трудоустроены и не оплачивают обязательное медицинское страхование. Несоответствующие фонды медицинского страхования еще больше усугубляют дефицит финансирования, что ведет к недостаточному финансированию гарантированного государством пакета медицинской помощи.<sup>6</sup>

Доступ к противозачаточным средствам за последние несколько десятилетий скорее уменьшился, чем увеличился. Согласно данным кластерного исследования по множественным показателям 2018 г., как показано в статье<sup>1</sup>, распространенность использования противозачаточных средств составила 39 % в 2018 г. по сравнению с 59 % в 1997 г. Эта тенденция дает основание предполагать, что попытки правительства улучшить доступ к противозачаточным средствам в рамках пакета льготного обеспечения лекарственными препаратами по программе государственных медицинских услуг не были успешными. В 2018 г. была разработана 5-летняя программа постепенного увеличения государственного финансирования для удовлетворения потребностей в контрацептивах 50 % женщин с высоким медицинским и социальным риском материнской смертности, причем ожидается, что результаты будут наблюдаться уже к 2023 г.

Демографические тенденции еще больше обостряют эти проблемы. Общий коэффициент рождаемости увеличился с 2,4 рождений на одну женщину в 2000–2002 гг. до 3,3 в 2018 г.<sup>7</sup> Также высока доля подростковых беременностей, при этом коэффициент подростковой рождаемости (количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет) составлял 32,4 в 2018 г.<sup>7</sup> Этот показатель в 2 раза выше в сельской местности, чем в городской.<sup>8</sup>

Преодолеть эти проблемы стало намного сложнее из-за пандемии COVID-19. Оценки показывают, что воздействие пандемии на здоровье матери и ребенка в странах с низким и средним доходом будет разрушительным<sup>9</sup> в результате перебоев в повседневной медицинской помощи и доступе к продуктам питания.

Министерство здравоохранения Кыргызстана создало координационный комитет по охране здоровья матери и ребенка в условиях COVID-19 и одобрило новый протокол посещения на дому работниками первичной медико-санитарной помощи здоровых маленьких детей во время эпидемии COVID-19. Министерство также ставит своей целью поддержать использование телемедицины для дородового и послеродового ухода при помощи международных партнеров по развитию<sup>10</sup>. Несмотря на эти усилия, плановая

иммунизация была прервана<sup>10</sup>, а среднесрочные и долгосрочные последствия пандемии пока что сложно предсказать.

Чтобы не допустить ухудшения состояния здоровья матерей и новорожденных, необходимо будет поддерживать и улучшать доступ к основным медицинским услугам. Этого можно достичь только за счет увеличения государственного финансирования, в том числе на закупку и распространение средств контрацепции, а также за счет увеличения охвата людей, не попадающих под систему обязательного медицинского страхования.

Мы заявляем об отсутствии конкурирующих интересов.

Бернд Речел, Салтанат Молдоисаева

[Bernd.Rechel@lshtm.ac.uk](mailto:Bernd.Rechel@lshtm.ac.uk)

Copyright © 2020 Автор(ы). Опубликовано компанией Elsevier Ltd. Это Открытая Европейская организация по наблюдению за системами и политикой в сфере здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, WC1E 7HT, Великобритания (BR); Европейское региональное бюро ВОЗ, Представительство в Кыргызстане, Бишкек, Кыргызстан (SM)



## Список литературы

1. Victora C G, Huttly, S R, Fuchs, S C, Olinto, M T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997; 26(1): 224–7.
2. World Bank, UNICEF. *Situational Analysis: Improving economic outcomes by expanding nutrition programming in the Kyrgyz Republic.* Washington, D.C.; 2011.
3. World Food Programme. *Emergency Food Security Assessment (EFSA).* 2012.
4. Dhur A. *Food Security Assessment in the Kyrgyzstan Republic.* 2008.
5. UNICEF, WHO. *Country experiences with the baby-friendly hospital initiative* [Internet]. New York, New York; 2017. Available from: [https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI\\_Case\\_Studies\\_FINAL.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf)
6. Justice M of. *Law on protection of breastfeeding and regulation of marketing of infant food.* Kyrgyzstan: Ministry of Justice; 2008.
7. Code of the Kyrgyz Republic of Children № 151 [Internet]. Bishkek: Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic; 2006 [date accessed 2019 Mar 28]. Available from: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1949?cl=ru-ru#7>
8. *Law on the Fortification of Baking Flour.* Kyrgyzstan; 2009.
9. Shevchuk S, Ghauri K. *Afghanistan/Central Asia Regional Food Fortification Program* [Internet]. Geneva, Switzerland; 2015. Available from: <https://www.gainhealth.org/wp-content/uploads/2014/07/Analysis-of-Food-Fortification-in-CAR-Afghanistan-and-Pakistan-ENG.pdf>
10. Kyrgyz Republic. *Law on state benefits for families with children.* Bishkek; 1991.
11. *National Strategy for the Protection of Reproductive Health of the Population of the Kyrgyz Republic until 2015 (July 15, 2006 No. 387)* [Internet]. Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic; 2006 [date accessed 2019 Mar 28]. Available from: <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>
12. Hasanov R, Choibaeva N, Dyikanbaeva G, et al. *Third Report on Progress Towards Achieving the Millenium Development Goals- UNDP* [Internet]. Bishkek, Kyrgyz Republic; 2013 [date accessed 2019 Apr 10]. Available from: <https://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/mdg/third-mdg-progress-report-kyrgyzstan.html>
13. UNFPA. *A Review of Progress in Maternal Health in Eastern Europe and Central Asia* [Internet]. 2009 [date accessed 2019 Apr 15]. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/review-progress-maternal-health-eastern-europe-and-central-asia>
14. Huseynov S, Steinglass R. *Immunization and health sector reform in the Kyrgyz Republic* [Internet]. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 1999. Available from: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan046798.pdf>
15. Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic. *Government decree state program “Healthy Nation 1994-2000.”* Bishkek.
16. Ibraimova A, Akkazieva B, Ibraimov A, Manzhieva E, Rechel B. *Kyrgyzstan: Health system review* [Internet]. Vol. 13, Health systems in transition. 2011 [date accessed 2019 Apr 14]. p. xiii, xv–xx, 1–152. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/142613/e95045.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/142613/e95045.pdf)

17. WHO. Den Sooluk National Health Reform Program in the Kyrgyz Republic for 2012-2016 [Internet]. 2011 [date accessed 2019 Apr 16]. p. 1–59. Available from: [https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ\\_2012-2016\\_Den\\_Sooluk\\_-\\_National\\_Health\\_Plan.pdf](https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ_2012-2016_Den_Sooluk_-_National_Health_Plan.pdf)
18. UNICEF. SITUATION ASSESSMENT OF CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC. 2011; 255.
19. UNICEF. Maternal and Newborn Health in Chui Province & Kyrgyzstan: Assessment and Implications for Interventions. Bishkek, Kyrgyz Republic; 2009.
20. Saikal M. Pros and cons of national health reform programs “Manas”, “Manas Taalimi” and “Den sooluk.” Bishkek.
21. World Bank. Participatory Poverty Assessment in the Kyrgyz Republic For the World Development Report 2000/01[Internet]. Bishkek, Kyrgyz Republic; 1999. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/335642-1124115102975/1555199-1124138866347/kyrgyz.pdf>
22. Yamaguchi A, Danilenko A. Water and Sewerage Utilities in the Kyrgyz Republic: Performance Indicators.
23. WHO/Kyrgyz Republic Health Policy Analysis Centre. Integration of the Sustainable Development Goals 2030 in the strategic programs of Kyrgyzstan ' s healthcare sector and the country ' s Development Strategy 2030. Bishkek, Kyrgyzstan; 2017.
24. Novovic T, Ibraeva G, Gabdulhakov R. Mid Term Review of the United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for Kyrgyz Republic (2012–2017). Bishkek, Kyrgyzstan; 2015.
25. World Health Organization. Den Sooluk National Health Reform Program in the Kyrgyz Republic for 2012– 2016 [Internet]. Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). 2012. Available from: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23556>
26. World Health Organization. Comprehensive Development Framework of the Kyrgyz Republic [Internet]. 2003. Available from: [https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ\\_2002\\_Comprehensive\\_Development\\_the\\_Framework\\_of\\_Kyrgyz\\_Republic\\_to\\_2010.pdf](https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/KGZ_2002_Comprehensive_Development_the_Framework_of_Kyrgyz_Republic_to_2010.pdf)
27. Jacobs C. Evaluating the Comprehensive Development Framework in Kyrgyz Republic, Central Asia Magic Bullet or White Elephant? Evaluation [Internet]. 2005;11(4):480–95. Available from: <http://www.kyrgyzinvest.kg>
28. Kyrgyzstan Development Gateway. Monitoring and Evaluation [Internet]. Comprehensive Development Framework for the Kyrgyz Republic. 2001. Available from: <http://eng.gateway.kg/content/strategies/cdf/92>
29. Committing to Child Survival: A Promise Renewed [Internet]. [date accessed 2019 May 7]. Available from: [www.apromiserenewed.org](http://www.apromiserenewed.org)
30. UNICEF Innocenti Research Centre. Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding Past Achievements, Present Challenges and the Way Forward for Infant and Young Child Feeding [Internet]. 1990 [date accessed 2019 Apr 3]. Available from: [https://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti\\_plus15\\_BreastfeedingReport.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti_plus15_BreastfeedingReport.pdf)
31. Good Health at Low Cost': 25 years on. What makes a successful health system? [Internet]. Vol. 20, Reproductive Health Matters. 2012. 212–214 p. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2812%2939614-6>

32. Hardison C, Fonken P, Chew T, Smith B. The emergence of family medicine in Kyrgyzstan. *Fam Med*. 2007;39(9):627–33.
33. Vogler S, Haasis MA, Dedet G, Lam J, Pedersen HB. Medicines Reimbursement Policies In Europe [Internet]. 2018. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23486en/s23486en.pdf>
34. Gotsadze T, Zanetti C. Evaluation of UNICEF programme on perinatal care for the period 2010-2013 project evaluation report [Internet]. 2014 [date accessed 2019 Apr 16]. Available from: [https://www.unicef.org/evaldatabase/index\\_73583.html](https://www.unicef.org/evaldatabase/index_73583.html)
35. Health Policy Analysis Centre. The quality of maternal and child health services provided in pilot hospitals in Osh, Jalalabad, Batken, and Issyk Kul oblasts (2014-2017) [Internet]. 2014. Available from: [https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org/kyrgyzstan/files/2018-01/Q\\_REPORT\\_EN.pdf](https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org/kyrgyzstan/files/2018-01/Q_REPORT_EN.pdf)
36. Mansfeld M, Ristola M. HIV Programme Review in Kyrgyzstan [Internet]. 2014 [date accessed 2019 May 7]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
37. World Health organization (WHO), UNICEF. Reaching Every Newborn National 2020 Milestones [Internet]. 2018 [date accessed 2019 May 7]. Available from: <https://www.healthy-newbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Final-Country-Progress-Report-v9-low-res.pdf>
38. New WHO perinatal audit tool in Russian is launched in Uzbekistan. 2016 Nov 9 [date accessed 2019 May 7]; Available from: <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>
39. UNDP. The Kyrgyz Republic: The Second Progress Report on The Millennium Development Goals [Internet]. Bishkek, Kyrgyzstan; 2010. Available from: <http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/mdg/the-first-millennium-development-goals-progress-report-in-the-ky.html>
40. International Labor Organization, International Programme on the Elimination of Child Labour. Child Labour in Kyrgyzstan: An Initial Study. Bishkek; 2001.
41. World Health organization (WHO). Evaluation in Kyrgyzstan [Internet]. World Health Organization; 2018 [date accessed 2018 Jul 9]. Available from: <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>
42. UNICEF. UNICEF Annual Report 2015 - Kyrgyzstan. 2015;1–29.
43. Lundeen E, Imanalieva C, Mamyrbayeva T, Timmer A. Integrating Micronutrient Powder into a Broader Child Health and Nutrition Program in Kyrgyzstan. In: De Pee S, Flores-Ayala R, Van Hees J, Jefferds ME, Irizarry L, Kraemer K, et al., editors. Home Fortification with Micronutrient Powders (MNP). Basel, Switzerland: Sight and Life, UNICEF, WFP, HF-TAG; 2013. P. 23–30.
44. Global Forum on Food Security and Nutrition in Europe and Central Asia. Food security and nutrition programme for Kyrgyzstan in action. How to implement policy in the most efficient way? 2016; 1–6.
45. USAID. USAID Quality Health Care Project [Internet]. 2015. Available from: <https://www.usaid.gov/kyrgyz-republic/fact-sheets/usaids-quality-health-care-project>

46. USAID. Kyrgyz Ministry of Health supports expansion of successful USAID pilot for ambulatory treatment of TB [Internet]. Available from: [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_Ministry_of_Health_supports_expansion_of_successful_USAID_pilot_for_ambulatory_treatment_of_TB.pdf)
47. USAID, SPRING. Strengthening Nutrition within the Kyrgyz Republic Health System: SPRING in the Kyrgyz Republic (September 2017). Washington, D.C.; 2017.
48. U.S. Embassy in the Kyrgyz Republic. USAID presents results of Quality Health Care Project [Internet]. 2015. Available from: <https://kg.usembassy.gov/usaids-presents-results-quality-health-care-project/>
49. USAID. USAID improves quality of TB laboratory services [Internet]. Kyrgyz Republic. Available from: [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_improves_quality_of_TB_laboratory_services.pdf)
50. USAID. Patients help each other complete TB treatment [Internet]. Kyrgyz Republic. Available from: [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_help_each_other_complete_TB_treatment.pdf)

