



Документ исследования политики

Материнская смертность в Кыргызской Республике: обзор тенденций

Бишкек - 2012

РЕФЕРАТ

Кыргызстан, как и другие страны-члены ООН, принял обязательства по достижению Целей Развития Тысячелетия, включая ЦРТ5 «Улучшение охраны материнства». Материнская смертность в КР остается нестабильной и практически не имеет тенденции к снижению. Кроме того, согласно международным данным (Агентства ООН, 2010), оценочный показатель материнской смертности в Кыргызстане выше показателей государственной статистики. Основной целью настоящего исследования было изучение причин различий в данных по материнской смертности из разных источников, обзор результатов реализации основных Национальных программ в отношении здоровья матери и факторов, оказывающих негативное влияние на качество услуг для беременной женщины, особенно в антенатальном периоде. Обзор текущей ситуации в Кыргызстане показывает наличие факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье матери: социально-экономические факторы (миграция, низкий уровень жизни, недостаток социальных льгот и усиление влияния культуральных особенностей) и барьеры в системе здравоохранения (недостаток финансирования, кадров на ПМСП, транспорта, оборудования и его технического обслуживания; и др.). Для ускорения достижения ЦРТ5 требуется разработка комплексного и скоординированного подхода с вовлечением всех партнеров и заинтересованных сторон на основе усиления межсекторального взаимодействия.

Авторы: Г.Мурзалиева (ЦАПЗ), А.Карипова (ЦАПЗ), Р.Чолурова (Эксперт), А.Ибраимов (ЦАПЗ)

Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»
Кыргызская Республика
Бишкек 720040
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб№№201,203,205)**

или по электронной почте: office@hpac.kg

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения www.hpac.kg

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК ТАБЛИЦ	5
СПИСОК РИСУНКОВ	6
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	7
РЕЗЮМЕ	9
РАЗДЕЛ 1. ВВЕДЕНИЕ	12
7.1 ЦРТ 5 в Кыргызской Республике.....	12
7.2 Основные детерминанты здоровья матери	13
1.2.1. Социально-экономическая и демографическая ситуации	13
1.2.2. Услуги системы здравоохранения по охране здоровья матери	15
1.2.3. Политическая ситуация.....	16
РАЗДЕЛ 2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ	18
РАЗДЕЛ 3. МЕТОДОЛОГИЯ	19
РАЗДЕЛ 4. ПОКАЗАТЕЛИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	21
4.1 Описание различных оценок	21
4.2 Качество данных по материнской смертности	24
4.3 Тенденции в показателях материнской смертности в КР.....	27
4.4 Заключение	30
4.5 Рекомендации.....	30
РАЗДЕЛ 5. ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ ...	32
РАЗДЕЛ 6. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОГО БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ НА УРОВНЕ ПМСП	35
6.1 Анализ обменных карт беременных женщин на уровне ПМСП.....	35
6.1 Общая характеристика беременных женщин.....	35
6.1.1 Результаты анализа.....	36
6.1.2 Заключение	44
6.1.3 Рекомендации.....	47
6.2 Восприятие качества услуг роженицами и родильницами.....	48
6.2.1 Общая характеристика опрошенных женщин	48
6.2.2 Результаты опроса	48
6.2.3 Заключение	50
6.2.4 Рекомендации.....	51
6.3 Факторы, оказывающие влияние на качество предоставляемого антенатального ухода	51
6.3.1 Социально – экономические условия.....	52
6.3.2 Система здравоохранения и ее функционирование	53
6.3.3 Заключение	57
6.3.4 Рекомендации.....	58
РАЗДЕЛ 7. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ВО ВРЕМЯ РОДОВ	59

7.1 Основные изменения, произошедшие в рамках реализации программы «Эффективный перинатальный уход»	59
7.2 Факторы, оказывающие влияние на качество предоставляемого ухода во время родов на уровне стационаров	59
7.2.1 Организация медицинской помощи	59
7.2.2 Медицинские кадры	61
7.2.3 Заключение	62
7.2.4 Рекомендации.....	63
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Порядок предоставления информации и учетно-отчетных форм.....	64
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Коэффициент материнской смертности, КР, 1990 – 2011, абс.ц. и на 100 000 живорождений.....	66
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Коэффициент материнской смертности, КР, 1990 – 2010, на 100 000 живорождений, в разбивке на городскую и сельскую местности	67

СПИСОК ТАБЛИЦ

- Таблица 1. Уровень бедности в КР, по регионам (в % от общего населения)
- Таблица 2. Миграция и трудовая занятость населения
- Таблица 3. Некоторые демографические показатели
- Таблица 4. Уровень образования населения в возрасте 15-24 лет
- Таблица 5. Показатели ЦРТ5 в КР, в %
- Таблица 6. Краткое описание инструментов исследования
- Таблица 7. Краткое описание отобранных регионов
- Таблица 8. Данные по количеству проведенных интервью
- Таблица 9. Материнская смертность в КР (на 100 000 живорожденных)
- Таблица 10. Материнская смертность по регионам (на 100000 живорожденных)
- Таблица 11. Структура причин материнской смертности в КР, в %
- Таблица 12. Основные Программы, направленные на охрану здоровья матери
- Таблица 13. Количество женщин, поступивших на учет в сроке до и после 12 недель беременности, по регионам
- Таблица 14. Число визитов в период беременности, по регионам
- Таблица 15. Частота проведения лабораторных тестов в период наблюдения за беременными женщинами, по регионам, в %
- Таблица 16. Частота проведения УЗИ-исследования в период наблюдения за беременными женщинами, по регионам, в %
- Таблица 17. Темы бесед и показатели охвата ими беременных женщин в исследуемых организациях
- Таблица 18. Частота назначения рекомендуемых лекарственных препаратов по записям в обменных картах беременных женщин, по регионам, в %
- Таблица 19. Список лекарственных средств, назначенных беременным женщинам во время наблюдения, по регионам
- Таблица 20. Процент соответствия практики рекомендациям клинического протокола, в %

СПИСОК РИСУНКОВ

Рисунок 1. Количество беременных, поступивших на учет в сроке до 12 недель, КР, в %

Рисунок 2. Материнская смертность в КР, 1990, 1995, и 2000 - 2011 гг., на 100 000 живорожденных

Рисунок 3. Материнская смертность в КР, 1990 – 2010 гг., в разбивке на городскую и сельскую местности, на 100 000 живорожденных

Рисунок 4. Измерение АД при каждом посещении

Рисунок 5. Измерение АД на обеих руках

Рисунок 6. Оценка состояния плода в исследуемых организациях, в %

Рисунок 7. Измерение высоты дна матки, по регионам, в %

Рисунок 8. Проведение ОАК при каждом визите, по регионам, в %

Рисунок 9. Количество женщин, имеющих анемию различной степени, по регионам, в %

Рисунок 10. Частота выявления протеинурии, в %

Рисунок 11. Посев мочи на культуру, в %

Рисунок 12. Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ инфекцию в исследуемых организациях, в %

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АНУ	Аntenатальный уход
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГСВ	Группа семейных врачей
ДП ОМС	Дополнительная программа обязательного медицинского страхования
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КР	Кыргызская Республика
КУЗ	Кабинет укрепления здоровья
КГМИПиПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
МЗ	Министерство здравоохранения
МС	Материнская смертность
НСК	Национальный статистический комитет
ООБ	Областная объединенная больница
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ПГГ	Пакет государственных гарантий
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
КМС	Коэффициент материнской смертности
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
СКЗ	Сельские комитеты здоровья
СНПК	Система непрерывного повышения качества
СМИ	Средства массовой информации
ТБ	Территориальная больница
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦРТ	Цели Развития Тысячелетия
ЦСМ	Центр семейной медицины
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЭПУ	Эффективный перинатальный уход
GTZ	Германское общество по техническому сотрудничеству
KfW	Германский банк развития
UNFPA	Фонд Организации объединенных наций в области народонаселения
UNICEF	Детский фонд Организации объединенных наций
USAID	Агентство США по международному развитию
WB	Всемирный Банк
WHO	Всемирная Организация Здравоохранения

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Центр анализа политики здравоохранения выражает особую благодарность руководителям областных и территориальных больниц и центров семейной медицины Ошской, Таласской и Чуйской областей, а также сотрудникам этих организаций за оказанную помощь в сборе данных и плодотворное сотрудничество в ходе проведения исследования.

Кроме того, мы хотели бы выразить глубокую признательность специалистам международных организаций и проектов в лице Медера Омурзакова, Нургуль Сманкуловой (UNFPA), Чолпон Иманалиевой (UNICEF), Назгуль Абазбековой (Проект «Качественное здравоохранение», USAID), Эми Сузуки (WB), а также непосредственного супервайзера Антонио Гуифрида (WB) за предоставление информационного материала, ценных рекомендаций и комментариев при разработке дизайна исследования и подготовке отчета.

Проведение данного исследования и подготовка отчета стали возможными благодаря финансовой поддержке Всемирного Банка.

РЕЗЮМЕ

Кыргызстан, как и другие страны-члены ООН, принял обязательства по достижению Целей Развития Тысячелетия, включая ЦРТ5 «Улучшение охраны материнства». Результаты последней международной оценки материнской смертности (2010), проведенной агентствами ООН (Межведомственная группа по оценке материнской смертности (MMEIG), включая WHO, UNICEF, UNFPA, Отдел народонаселения ООН и Всемирный Банк совместно с командой Калифорнийского Университета в Беркли, США), показывают, что в целом за период с 1990 по 2010 годы число материнских смертей снизилось на 47%, и отдельные страны добились значительного прогресса. Однако среднегодовой темп снижения коэффициента материнской смертности (КМС) после 1990 года составил 3,1% вместо необходимого 5,5%, и к 2015 году на глобальном уровне ЦРТ5 скорее не будет достигнута. Согласно представленным результатам по Кыргызстану, оценочные данные по материнской смертности выше данных официальной государственной статистики, динамика КМС нестабильна и практически не имеет положительной динамики (среднегодовой темп снижения КМС составил 0,2%).

Основной целью настоящего исследования было изучение причин различий в данных по материнской смертности из разных источников, обзор результатов реализации основных Национальных программ в отношении здоровья матери и факторов, оказывающих негативное влияние на качество услуг для беременной женщины, особенно в антенатальном периоде.

В стране продолжает существовать проблема с полнотой и качеством текущего государственного учета смертей по причинам смерти, включая учет материнской смертности. В этих условиях для получения данных, более достоверно отражающих картину по стране и обеспечивающих сравнимость данных на международном уровне, используются различные методы сбора данных по МС (MICS – «сестринский метод», MMEIG – метод статистического моделирования с использованием имеющихся данных из различных источников – государственная статистика, данные переписи населения, результаты оценочных исследований и др.), что и обуславливает различие в показателях из разных источников (Глава 4). Начиная с 2009 года, в стране последовательно реализуется ряд мер, которые должны обеспечить улучшение достоверности статистических данных по МС в КР. Однако в настоящее время все еще сохраняются такие препятствия, как неполный мораторий на наказания медицинских работников за случаи МС, для улучшения ситуации требуется также активизация межведомственного взаимодействия; недостаток мониторинга регистрации МС в непрофильных отделениях и больницах, что допускает возможность недорегистрации или некорректного кодирования случаев МС; иногда само население в силу разных причин не мотивировано регистрировать МС; кроме того, низкое качество паталого-анатомической экспертизы в силу слабой материально-технической базы и недостатка квалифицированных патологоанатомов в стране являются серьезным препятствием для установления точной причины МС.

Обзор программ по здравоохранению (Национальные программы по реформированию здравоохранения, государственные льготные программы и программы по охране здоровья матери) показывает высокую приоритетность вопросов охраны здоровья матери на государственном уровне (Глава 5). Недостаток финансовых средств в системе здравоохранения, как из государственного бюджета, так и от международных донорских организаций, обуславливал низкий охват и фрагментарность реализации намеченных

мероприятий, а также отсутствие в течение длительного времени капитальных вложений в инфраструктуру системы здравоохранения.

Оценка качества антенатальной помощи проводилась на основе анализа обменных карт беременных женщин, опроса самих женщин (рожениц и родильниц) и медицинских работников на уровне ПМСП (Глава 6).

В последние годы очень многое было сделано для пересмотра содержания клинической практики по уходу за женщинами в период беременности и родов и обучения медицинских кадров. Обзор обменных карт беременных на уровне ПМСП в целом показал соответствие практики основным рекомендациям, изложенным в пересмотренном клиническом протоколе по антенатальному уходу (раннее взятие беременных на учет, мониторинг АД, уровня протеинурии и гемоглобина крови, отказ от вмешательств с недоказанной эффективностью и др.). Областями, которые нуждаются в скорейшем улучшении являются продвижение использования гравидограммы при ведении беременности, более качественное проведение информирования беременных женщин по ключевым аспектам беременности и предстоящих родов в рамках индивидуальных консультаций и «Школ матерей», повышение эффективности лечения анемий у беременных, дальнейшее расширение практики партнерских родов и стимулирование женщин к участию в процессе принятия решений в отношении родов и послеродового периода.

Как показал опрос женщин, одним из важных факторов, определяющих и влияющих на их восприятие качества предоставляемых услуг, является, прежде всего, профессиональный уровень медицинского персонала. Часть респондентов высказали критические замечания по поводу квалификации специалистов на уровне ПМСП. Многие по этой причине вынуждены были обращаться за услугами в районный или областной центры. Помимо этого, несмотря на то, что государством гарантируются бесплатные услуги в период беременности и родов, сохраняются и финансовые барьеры для получения услуг (лабораторные тесты и обследования, и в большей степени – приобретение антианемических препаратов).

Основной целью при опросе медицинского персонала ПМСП было выявление факторов, препятствующих улучшению качества антенатального ухода. Подавляющее большинство респондентов, в первую очередь, указали социально – экономические причины (миграция, низкий уровень жизни, безработица, недостаток социальных льгот и усиление влияния культуральных особенностей). Вторая группа причин включала барьеры в системе здравоохранения (низкая обеспеченность ПМСП кадрами, слабая материально-техническая база и низкая квалификация специалистов лабораторной службы, недостаток ресурсов для должной работы «Школ матерей» и др.).

Для выявления факторов, препятствующих дальнейшему повышению качества услуг для женщин в период родов, был опрошен медицинский персонал на стационарном уровне (Глава 7). Обозначая значительный прогресс, который был сделан в последние несколько лет в реализации программы «Эффективный перинатальный уход», опрошенные специалисты признавали, что в части акушерства-гинекологии еще многое необходимо предпринять. И если на уровне ПМСП существенная доля приходилась на факторы, лежащие вне сектора здравоохранения (социально-экономические условия), то на уровне стационарной службы это были больше системные факторы. Причем, требующие для

своего решения достаточных финансовых вложений, как в инфраструктуру (потребность в дополнительных помещениях, недостаток оборудования и его техническое обслуживание, недостаток транспорта, оснащение областных центров для реализации принципа регионализации), так и в обучение кадров (обеспечение притока молодых кадров, поддержание непрерывного повышения квалификации).

Таким образом, обзор текущей ситуации в Кыргызстане показывает наличие многих факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье матери. Для ускорения достижения прогресса в отношении ЦРТ5 «Улучшение охраны материнства» требуется разработка комплексного и скоординированного подхода с вовлечением всех партнеров и заинтересованных сторон на основе усиления межсекторального взаимодействия.

РАЗДЕЛ 1. ВВЕДЕНИЕ

7.1 ЦРТ 5 в Кыргызской Республике

В сентябре 2000 года страны-члены ООН, в том числе и Кыргызстан, приняли Декларацию тысячелетия, где были обозначены цели развития, актуальные для всех стран и направленные на решение проблем в области прав человека, окружающей среды и др. По этим направлениям были определены целевые показатели, которые должны быть достигнуты к 2015 г (в качестве базовых были взяты значения для 1990 года). Каждая из стран, подписавших декларацию, адаптировали эти цели к условиям своих стран с учетом специфики и сложившейся ситуации.

«Улучшение охраны материнства» стало одним из 8 целей, принятых на Саммите Тысячелетия ООН в 2000 году. Для Кыргызстана задача по ЦРТ 5 была сформулирована следующим образом: «снизить на три четверти коэффициент материнской смертности». Прогресс в достижении данной цели характеризовался такими показателями¹, как:

- коэффициент материнской смертности;
- доля родов в присутствии квалифицированного медицинского персонала; и
- доля беременных женщин, больных анемией.

Прогресс в отношении достижения ЦРТ отслеживается на международном уровне. Проведенные оценки показывают, что за несколько оставшихся лет большинству стран, включая Кыргызстан, вряд ли удастся достичь снижения материнской смертности, как заявлено в ЦРТ. В среднем риск материнской смертности в течение жизни для стран Центральной и Восточной Европы и стран СНГ составляет 1 на 1300 женщин, по сравнению с Кыргызстаном, где этот показатель составляет 1 на 480. Хотя, за последнее десятилетие наблюдается заметный прогресс, достигнутый в области сокращения смертности среди детей в возрасте до 5 лет, материнская смертность за этот период в основном была нестабильной. Что еще более важно, существует большой разброс показателя внутри страны, где в некоторых беднейших регионах (областях) есть свидетельства увеличения коэффициента материнской смертности (КМС)². Улучшение здоровья матери остается одной из ключевых задач системы здравоохранения Кыргызстана. При видимых улучшениях показателей финансовой защиты, доступа и использования медицинских услуг, еще многое предстоит сделать для достижения стабильного улучшения показателей воздействия на здоровье матерей³.

Несмотря на особое внимание вопросам охраны здоровья матери и инвестиции международных организаций, коэффициент материнской смертности все еще высок. Изменения, внесенные в определение и методы регистрации данных о материнской смертности, позволяют получать более достоверные данные, что в определенной мере и объясняют текущие показатели и тенденции МС. Коэффициент материнской смертности является чувствительным индикатором эффективности всей системы здравоохранения – так как улучшения в этой области зависят от слаженной работы многих различных аспектов системы (например, подготовленного персонала, качества акушерской помощи, доступности организаций здравоохранения, грамотности населения, и т.д.).

¹ Report on implementation of Millennium Declaration development goals, Bishkek, 2003;

² The World Bank. Operationalizing the Millennium Development Goals in Central Asia. Washington DC: The World Bank; 2005. Retrieved April 17, 2009 from <http://www.worldbank.org/reference/>;

³ Evaluation of National Health Reform Program, MoH of the KR, 2011.

7.2 Основные детерминанты здоровья матери

В данном разделе приводится информация об основных детерминантах здоровья матери в Кыргызской Республике.

1.2.1. Социально-экономическая и демографическая ситуации

Кыргызстан является одной из беднейших стран в мире с ограниченной производственной базой и высоким внешним долгом. В 2011 году за абсолютной чертой бедности проживала более чем третья часть населения страны (Таблица 1). Сохранение высокого уровня бедности отчасти объясняется экономическими преобразованиями, которые последовали за распадом Советского Союза. Результаты показывают, что уровень бедности в 2011 г., рассчитанный по потребительским расходам, в целом по стране составил 36,8 процента и увеличился по отношению к предыдущему году на 3,1 процентных пункта. За чертой бедности в 2011 году проживали 2 млн. 43,6 тыс. человек, из которых почти 70 процентов являлись жителями сельских населенных пунктов.

Таблица 1. Уровень бедности, КР, по регионам (в % от общего населения)

Регион	1996	2000	2003	2009	2010	2011
КР	43,5	52	40,8	31,7	33,7	36,8
Баткен	-	69	44	31,5	33,6	35,6
Жалалабад	43,8	67,9	51,7	36,9	44,7	45,3
Иссык-Куль	53,7	60,9	38,9	46,1	38	29,5
Нарын	60,7	81,4	65	44,1	53,5	49,9
Ош	51,6	51,6	49	38,3	41,9	44,7
Талас	55,8	72,7	59,1	33	42,3	50,2
Чуй	32,3	28,1	17,1	21,2	21,9	28,6

Источник: НСК; Стоимостная величина общей черты бедности в 2011г. составила 25849 сомов в год на душу населения, крайней – 16089 сомов.

В течение последних пяти лет усилился отток населения из страны (Таблицы 1,2), самые высокие показатели внешней миграции наблюдались в 2007 и 2010 годах (50,6 тыс.чел.) преимущественно в Россию, Казахстан и др. Перемещения населения внутри страны, по-прежнему, направлены в г.Бишкек и Чуйскую область, в то время как остальные регионы продолжают терять население, особенно из Нарынской области. Уровень занятости населения имеет некоторую тенденцию к дальнейшему снижению (с 60,1% в 2006 г. до 58,6% в 2010 г.).

Таблица 2. Миграция и трудовая занятость населения

	2006	2007	2008	2009	2010
Внешняя миграция, тыс.чел. миграционный прирост, отток (-)	-31,0	-50,6	-37,8	-29,6	-50,6
Внутриреспубликанская, тыс.чел. миграционный прирост, отток (-)	1,5	0,1	-0,5	-0,4	-2,1
Число мигрантов, всего, тыс.чел. миграционный прирост, отток (-)	-29,5	-50,5	-38,3	-30,0	-52,7
Доля занятых в общей численности населения, в %	60,1	59,8	60,0	59,0	58,6

Источник: НСК

С начала 2000х годов в стране отмечается устойчивый рост рождаемости (Таблица 3), что обусловлено увеличением численности молодых людей 1980-90х годов рождения. Также возрос коэффициент фертильности с 2,7 в 2006 году до 3,1 в 2010-11 гг. В 2010 году наиболее высокая рождаемость отмечалась в Нарынской и Таласской областях (по 3,9 детей в среднем на 1 женщину детородного возраста), т.е. в наиболее бедных в социально-экономическом плане регионах. Процент использования контрацепции также неуклонно падает.

Таблица 3. Некоторые демографические показатели

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Общий коэффициент рождаемости**	-	23,1	23,4	23,9	25,2	26,8	27,1
Коэффициент рождаемости среди подростков 15-17 лет (на 1000 женщин соответствующей возрастной группы)*							
<i>КР</i>	4,46	4,43	4,65	4,64	5,23	5,99	-
<i>Городская местность</i>	4,65	5,07	7,80	5,35	6,01	7,36	-
<i>Сельская местность</i>	4,38	4,13	4,58	4,31	4,88	5,40	-
Коэффициент фертильности**	2,5	2,7	2,8	2,8	2,9	3,1	3,1
Доля женщин репродуктивного возраста, пользующихся средствами контрацепции**	38,2	39,4	35,9	33,0	31,2	30,1	28,9

Источник: * - НСК, ** - РМИЦ

Благодаря целенаправленной и систематической работе по массовому охвату детей школьного возраста, обеспечению его доступности для всех категорий населения, в Кыргызстане удалось сохранить высокий уровень образования населения как в возрасте 15-24 лет, так и в более младшей возрастной группе (Таблица 4).

Таблица 4. Уровень образования населения в возрасте 15-24 лет

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
КР, всего	99,54	99,54	99,54	99,54	99,75	99,75
<i>мальчики</i>	99,47	99,47	99,47	99,47	99,70	99,7
<i>девочки</i>	99,61	99,61	99,61	99,61	99,80	99,8
<i>Городская местность</i>	99,85	99,85	99,85	99,85	99,87	99,87
<i>Сельская местность</i>	99,61	99,61	99,61	99,61	99,68	99,68

Источник: НСК

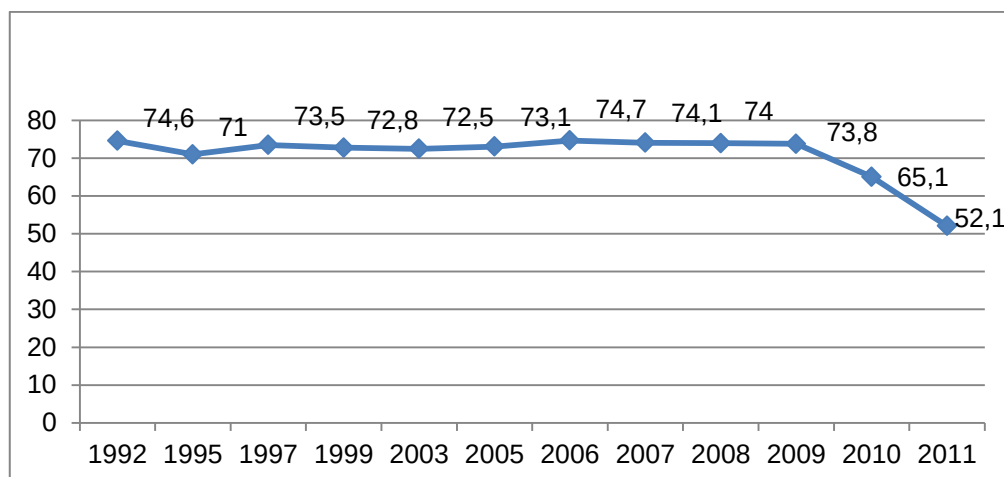
Однако высокие показатели индекса грамотности не всегда означают, что столь же высок уровень функциональной грамотности. По результатам выборочных социальных опросов, проводимых различными ассоциациями, фондами, центрами (как правило, неправительственными) последние десять лет в Кыргызстане шло последовательное снижение уровня функциональной грамотности среди населения (например, результаты исследования 2009⁴ г.). Сегодня кроме умения читать и писать, требуется понимать написанное (к примеру, законы, инструкции), а это сразу увеличивает статистические показатели количества функционально неграмотных, превращаясь в фактор риска, опасность снижения уровня доступности образования для детей, чьи родители социально и экономически не адаптированы в обществе. В связи с этим, в Кыргызстане проводится работа по реформированию системы обучения взрослых, основные направления которой прописаны в Концепции развития образования взрослых и других государственных стратегических документах.

1.2.2. Услуги системы здравоохранения по охране здоровья матери

Охват услугами системы здравоохранения по охране здоровья матери в Кыргызстане является традиционно высоким. Однако обзор показателей по раннему взятию на учет беременных женщин в сроке до 12 недель в целом по стране за период с 1992 по 2011 год показал его заметное снижение в течение последних двух лет (Рисунок 1). По данным 2011 года, это произошло преимущественно за счет показателей г.Бишкек, Чуйской, Таласской и Джалалабадской областей, в меньшей степени - Нарынской области. Доля родов в присутствии квалифицированного медицинского персонала составляет в среднем 98,3-98,5% (Таблица 5).

⁴ Учимся для жизни: что знают и умеют учащиеся. PISA 2009. Результаты международного сравнительного исследования функциональной грамотности 15-летних учащихся // Отчет Центра оценки в образовании и методов обучения (ЦОМО). – Б.: 2011. – 230 с.

Рисунок 1. Количество беременных, поступивших на учет в сроке до 12 недель, КР, в %



Источник: РМИЦ

Таблица 5. Показатели ЦРТ5 в КР, в %

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Доля родов в присутствии квалифицированного медицинского персонала*	97,9	98,4	98,4	98,5	98,5	98,3	-
Доля беременных женщин, больных анемией**	33,0	50,4	36,0	54	39,5	36,1	46,9

Источник: * - НСК; ** - РМИЦ

Что касается распространенности анемии среди беременных женщин, то ее уровень остается высоким, с дополнительными периодическими подъемами. Показатели в 2011 году вновь выросли и составили 46,9%.

1.2.3. Политическая ситуация

В течение последних лет Кыргызстан переживает период значительных политических перемен, и несмотря на постоянные усилия государства в отношении поддержания экономической деятельности, энергетической безопасности и борьбы с коррупцией, политическая ситуация в стране остается нестабильной. Страна пережила две революции (2005, 2010), которые сопровождались конфликтами среди гражданского населения и другими последствиями (спад экономического развития, рост безработицы, бедности, социальными волнениями, увеличением миграционных процессов). В результате преобразований, Кыргызстан в настоящее время является страной с парламентской формой правления. Политические события, особенно произошедшие на юге страны в июне 2010 года, безусловно, оказали негативное влияние на состояние здоровья матери и ребенка⁵. Результаты быстрой оценки, проведенной WHO, UNFPA и UNICEF⁶ в июле 2010 года, свидетельствуют о том, что в период конфликта отмечались рост числа родов на дому, ухудшение доступа к необходимым медицинским услугам и проблемы с наличием базовых продуктов питания. Вместе с тем, как отмечено в вышеуказанном отчете, ухудшение доступа отмечалось из-за боязни населения

⁵ Кыргызская Республика: Второй отчет о прогрессе в достижении целей развития тысячелетия. Второе издание (дополненное и переработанное). Бишкек, 2010.

⁶ Первая совместная быстрая оценка здоровья и питания населения на юге страны в Ошской и Джалал-Абадской областях, 29 Июнь – 3 Июль 2010, ВОЗ, ЮНФПА и ЮНИСЕФ.

обращаться в организации здравоохранения, блокирования дорог, дефицита общественного транспорта.

Таким образом, обзор данных по отдельным ключевым показателям демонстрирует нестабильность общей ситуации в стране. Неудовлетворительное состояние экономики, отсутствие рабочих мест и, как следствие, высокий уровень внутренней и внешней миграции взаимно усиливают негативный эффект на все стороны жизни общества, и на состояние здоровья матери в частности. Политические события 2005 и 2010 годов явились дополнительным дестабилизирующим фактором, что нашло отражение в ухудшении основных показателей (уровень бедности, занятости, и др.). В этих условиях имеет место рост общей рождаемости, коэффициента фертильности, и неуклонное снижение использования контрацепции. При этом существенно снизился ранний охват беременных антенатальным наблюдением, идет рост такого показателя ЦРТ, как доля беременных женщин, больных анемией. Тревожная ситуация складывается с функциональной грамотностью населения.

РАЗДЕЛ 2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование направлено на изучение тенденций показателей и детерминантов материнского здоровья в КР.

Задачи исследования:

1. Изучить статистические данные (официальные и оценочные) по материнской смертности в КР: источники информации, методология, цифры, тенденции;

Вопросы для исследования:

- Что является причиной различия в данных по материнской смертности из разных источников?
- Каким образом изменилось качество сбора данных?

2. Провести обзор национальных программ, направленных на здоровье матери;

Вопросы для исследования:

- Какие основные мероприятия по охране здоровья матери изложены в действующих национальных программах?
- В каких областях результаты являются наиболее успешными и почему?
- В каких областях прогресс недостаточный и почему?

3. Провести оценку антенатальной помощи, предоставляемой организациями здравоохранения на районном и областном уровнях;

Вопросы для исследования:

- Какие изменения произошли в организациях здравоохранения на уровне ПМСП и стационарной помощи по уходу за беременными женщинами в течение последних лет (оборудование, лабораторные услуги, услуги неотложной медицинской помощи, обеспеченность человеческими ресурсами и т.д.)?
- Оценка деятельности организаций здравоохранения, осуществляемой в рамках антенатального ухода;

Ключевые вопросы:

- (1) Каковы в настоящее время данные по качеству медицинской помощи в рамках антенатального ухода?
- (2) Каковы пробелы по качеству и какие имеются барьеры для предоставления полного пакета антенатальных услуг, обозначенных в Клиническом Протоколе⁷?
- (3) Какие имеются барьеры для получения услуг в рамках ПГГ и ДП ОМС по лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне?

⁷ Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения, 2009 г.

РАЗДЕЛ 3. МЕТОДОЛОГИЯ

Шаг 1. Обзор документов

- 1) Изучение статистических данных (Республиканский медико-информационный центр, Национальный статистический комитет, MICS, и др.);
- 2) Анализ вторичных источников информации (отчеты, исследования, и др.).

Шаг 2. Разработка и пилотирование инструментов исследования

В исследовании использовались качественные и количественные методы сбора данных. Для целей исследования были использованы следующие инструменты (Таблица 6).

Таблица 6. Краткое описание инструментов исследования

Инструмент	Комментарии
Полу-структурированные интервью с беременными женщинами и родильницами	Анкета направлена на получение мнения женщин о качестве услуг, полученных во время антенатального ухода и родов
Обзор обменных карт беременных женщин	Полученная информация позволит оценить (i)соответствие практики по дородовому наблюдению утвержденному Клиническому Протоколу, а также (ii)качество и полноту информации, содержащейся в обменной карте беременной
Полу-структурированные интервью с заинтересованными сторонами на национальном уровне (государственные, негосударственные и международные организации)	Получение экспертного мнения о тенденциях и их причинах по вопросам здоровья матери, материнской смертности в стране и эффективности реализуемых программ
Полу-структурированные интервью с заинтересованными сторонами на региональном уровне (руководители и персонал организаций здравоохранения)	Получение мнения о ситуации на местах, сильных и слабых сторонах организации помощи беременным женщинам, барьерах для эффективной реализации действующих программ

Шаг 3. Сбор данных

Описание выборки

- **Регионы.** Принимая во внимание целый ряд критериев, включая стабильно высокий уровень показателей материнской смертности и негативные тенденции во всех регионах КР (Таблица 7), было отобрано три региона и по два района в каждом регионе:
 - Ошская область – Араванский и Узгенский районы;
 - Таласская область – Таласский и Бакай-Атинский районы; и
 - Чуйская область – Сокулукский и Кеминский районы.

Таблица 7. Краткое описание отобранных регионов

Критерии	Регион		
	Ош	Талас	Чуй
Материнская смертность (МС)	высокая	высокая	высокая
МС, тенденция	стабильная	негативная	негативная
Население, плотность	высокая	низкая	высокая
Миграция, уровень	высокий	более низкая	высокая
Уровень бедности	средний	более бедный	более богатый

- **Организации здравоохранения (ОЗ).** Общее количество ОЗ – 17, из них на областном уровне – 2 ЦСМ, 2 ООБ и Чуйский областной родильный дом, на районном уровне – 6 ЦСМ и 6 ТБ;
- **Обменные карты беременных.** Общее количество изученных обменных карт беременных по трем регионам составило 223.

Данные по количеству проведенных интервью представлены в таблице ниже (Таблица 8).

Таблица 8. Данные по количеству проведенных интервью

	Инструмент	Количество интервью
1	Полу-структурированные интервью с беременными женщинами и роженицами	Всего – 57
2	Полу-структурированные интервью с заинтересованными сторонами на национальном уровне	Всего – 16
3	Полу-структурированные интервью с заинтересованными сторонами на региональном уровне	Всего – 37

РАЗДЕЛ 4. ПОКАЗАТЕЛИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Материнская смертность является одной из составляющих общего коэффициента смертности. Из-за невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию в целом, однако является одной из основных характеристик в оценке организации работы службы родовспоможения.

ВОЗ определяет материнскую смертность как «смерть женщины, наступившую в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания (независимо от ее продолжительности и локализации) от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины»⁸. Данное определение позволяет выявлять случаи материнской смерти как непосредственно, так и косвенно связанные с акушерскими причинами.

Для оценки материнской смертности используются следующие показатели⁹:

- **Коэффициент материнской смертности** - Число *материнских смертей* на 100 000 случаев *рождения живых детей* за определенный период времени;
- **Показатель материнской смертности** - Число *материнских смертей* на 100 000 *женщин детородного возраста* за определенный период времени;
- **Риск материнской смерти в течение жизни** - Вероятность того, что *15-летняя девушка* умрет в будущем от причины, *связанной с беременностью*; и
- **Доля материнских смертей в общем числе смертей женщин репродуктивного возраста** – Число *материнских смертей* в определенный период времени на общее число смертей *женщин в возрасте 15 – 49 лет*.

В данном разделе описываются динамика коэффициента материнской смертности в КР на основе различных источников данных, и мероприятия по улучшению качества статистических данных в организациях здравоохранения страны.

4.1 Описание различных оценок

Данные по материнской смертности собираются в стране как на рутинной основе, так и в рамках различных оценочных исследований (Таблица 9).

⁸ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятый пересмотр, 1992 г (МКБ-10)

⁹ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. World Health Organization 2012.

Таблица 9. Материнская смертность в КР (на 100 000 живорожденных)

Источник	1990	1995	1997	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
РМИЦ	63	67,4	76,4	46,5	61	53	62,5	58,9	75,3	50,6	47,5
НСК	62,9	44,3	62,7	45,5	60,1	55,5	51,9	55,0	63,5	51,3	54,8
ЕРБ ВОЗ ¹	62,9	67,3	76,4	46,5	61	55,5	62,5	58,9	82,8	50,6	-
Исследование ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ВБ, 2005					150 ²						
Исследование ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ВБ, 2008	77	98		81	78			81			
Исследование ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ВБ, 2010	73	98		82	77					71	
МИКС						104					

Источник: ¹ - Европейская база данных ЗДВ, январь 2012

² – Данные получены с помощью статистического моделирования

Республиканский медико-информационный центр (РМИЦ) МЗ КР. Основным рутинным источником данных по материнской смертности в стране является Республиканский медико-информационный центр (РМИЦ). Регистрация случаев материнской смертности в РМИЦ проводится на основании свидетельства о смерти. Организации здравоохранения на всех уровнях предоставления медицинской помощи в случае материнской смертности заполняют соответствующие учетно-отчетные формы, а именно «Сигнальное свидетельство о смерти беременной, роженицы, родильницы» (Форма № 102-1/у), «Сведения о материнской смертности» (Отчетная форма № 21) и другую медицинскую документацию (Приложение 1). Вся информация в оперативном порядке передается на уровень МЗ КР и Национального центра охраны материнства и детства, а также в ОМИЦ и РМИЦ.

Национальный статистический комитет (НСК). Показатели НСК отличаются от показателей РМИЦ (ниже или выше) по следующим причинам:

- Учет случаев материнской смертности проводится только на основании официальной регистрации смерти в органах ЗАГС (т.е. наличие одного свидетельства о смерти недостаточно). Поскольку ответственность за регистрацию смерти в органах ЗАГС лежит непосредственно на самом населении, то имеют место случаи несвоевременной регистрации. Например, по данным НСК за 2010 год, из общего числа зарегистрированных умерших в стране (от всех причин) 983 случая или 2,7% были зарегистрированы с опозданием от 1 до 10 и более лет;
- Если случай материнской смертности произошел несколько лет назад, но в органах ЗАГС был зарегистрирован в текущем году, то в статистике НСК этот случай отражается в текущем году;
- В статистике НСК также учитываются случаи материнской смертности в пенитенциарной системе, тогда как данные РМИЦ отражают ситуацию только в гражданском секторе.

ЕРБ ВОЗ. Как видно из приведенных данных, показатели ЕРБ ВОЗ основываются на показателях рутинной государственной статистики (преимущественно РМИЦ).

Исследования ВОЗ. Начиная с 1996 года, ВОЗ совместно с другими международными организациями финансирует деятельность по получению оценок материнской смертности для всех стран мира. Соответствующие расчеты опубликованы для 1990, 1995, 2000 (WHO, UNICEF и UNFPA) и 2005, 2008, 2010 годов (WHO, UNICEF, UNFPA и WB). В исследованиях ВОЗ используются различные источники информации для получения данных, сравнимых по странам. Лучшим источником информации для измерения МС служит система текущего учета смертей по причинам смерти (в постсоветских странах эта система связана с записями актов гражданского состояния). Но на сегодняшний день такая система существует лишь в развитых и в нескольких развивающихся странах (Группа А - всего 65 стран мира). Для оценки МС в большинстве развивающихся стран (Группа В – 89 стран) применяются разные *непрямые* методы в зависимости от того, какие данные есть в наличии. Расчет показателей МС может базироваться на данных переписей населения, выборочных обследований домохозяйств, опросов респондентов о судьбах их сестер, вербальных аутопсий (словесных расследований летальных исходов женщин, скончавшихся вне медицинского учреждения). Применяется также так называемый метод «изучения смертей женщин репродуктивного возраста» (Reproductive-age mortality studies, RAMOS), который предполагает определение и изучение причин смерти всех женщин детородного возраста в данной местности или популяции. При этом используются разнообразные источники данных (например, опросы членов семьи и повитух, записи актов гражданского состояния, документация лечебно-профилактических учреждений и ритуальных служб и др.). Почти все указанные методы позволяют получить, скорее, число смертей, связанных с беременностью, а не материнских смертей, то есть без разделения причин смерти женщин на прямые, косвенные, внешние и случайные. Кроме того, они дают, скорее, ретроспективную, чем текущую оценку МС. В целом ряде стран отсутствуют хоть сколько-нибудь надежные данные о материнской смертности (Группа С – 27 стран). Для них оценка показателей МС производится методами статистического моделирования.

В исследовании 2005 года использовалась пересмотренная и усовершенствованная методология, которая позволила не только получить данные по МС за 2005 год, но и оценить тенденции, начиная с 1990 года¹⁰. Согласно данному докладу, подготовленному совместно ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирным банком, от причин, связанных с материнством, в 2005 году в мире умерло 536 тысяч женщин, а в 1990 году - 576 тысяч, то есть темп снижения КСМ составил менее 1% в год (при необходимых для достижения ЦРТ 5,5%). Следует отметить, что в рамках исследования 2005 года Кыргызстан *не был* отнесен в число стран с полноценной регистрацией смерти и надежным установлением ее причин, и данные были рассчитаны путем статистического моделирования. Полученный показатель составил 150 на 100 000 живорождений, что выше показателей, полученных в исследованиях предыдущих лет.

Позже Межведомственная группа по оценке материнской смертности (Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, MMEIG) пересмотрела свои прежние оценки и в сентябре 2010 года выпустила новый, пятый по счету доклад, посвященный оценке материнской смертности в мире¹¹. В новом докладе расчетное число женщин, умирающих от осложнений во время беременности и родов, по сравнению с прежними докладами, существенно понижено. Согласно новым данным, в целом за период с 1990 по 2008 год число материнских смертей в мире сократилось на 34% - с 546 до 358 тысяч, КМС

¹⁰ Материнская смертность в 2005 г: По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного Банка.// ВОЗ, 2008.

¹¹ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. World Health Organization 2010.

составил 260 на 100 000 живорождений, а среднегодовой темп снижения КМС - 2,3%. Различия в оценках 2005 и 2008 годов авторы объясняют изменениями в методологии расчетов. Во-первых, существенно расширена база данных; в 2005 году не было никаких национальных данных о материнской смертности для 61 страны, а в 2008 году таких стран осталось 24; все национально репрезентативные обследования после 1985 года были включены в обзор. Во-вторых, для последнего раунда была разработана многоуровневая регрессионная модель, отличная от модели, использовавшейся прежде. В-третьих, была предпринята попытка исключить смерти от случайных, внешних причин, которые, по определению, не относятся к материнской смертности. В рамках данного доклада КР был отнесен к странам Группы В (отсутствует полная регистрация смертей по причинам, но есть другие источники данных). Коэффициент МС по КР также был скорректирован для 2005 и 2008 годов и составил 78 и 81 на 100 000 живорожденных соответственно.

Последний отчет издан в мае 2012 года, он содержит оценки на 2010 год и пересчитанные показатели за 1990, 1995, 2000 и 2005 годы. Согласно последним расчетам Межведомственной группы по оценке материнской смертности, за период с 1990 по 2010 год число материнских смертей сократилось на 47% - с 543 до 287 тысяч женщин, КМС составил 210 на 100 000 живорождений, а среднегодовой темп снижения КМС – 3,1%. Коэффициент МС по КР согласно последним данным для 2010 года составил 71 на 100 000 живорожденных, что является самым высоким показателем среди стран Восточной Европы и Центральной Азии.

Таким образом, коэффициент МС в Кыргызстане, полученный в рамках всех указанных исследований ВОЗ, гораздо выше данных официальной статистики в стране.

МИКС. Результат, полученный в рамках МИКС в 2006 году, также значительно превышает данные официальной статистики, но ниже показателей, представленных в отчетах ВОЗ – 104 на 100 000 живорожденных. В обследовании для измерения материнской смертности применялся так называемый «сестринский метод». Суть его сводится к фиксации ответов о смерти сестер респондентов во время беременности и родов. В отличие от прямых методов при «сестринском методе» оцениваются вероятности смертей женщин фертильного возраста вследствие беременности и родов. Согласно мнению экспертов, данный метод не исключает повторный учет одного и того же случая МС, поэтому должен использоваться с осторожностью.

4.2 Качество данных по материнской смертности

В период с 1990 по 2000 годы регистрация случаев материнской смертности ухудшилась, о чем свидетельствовали как увеличение различий в показателях РМИЦ и НСК, так существенные различия между показателями официальной государственной статистики и данными международных исследований, где показатели были выше в 2 и более раз (Таблица 9). Поскольку вопросы здоровья матери и ребенка всегда являлись важными для страны и вошли в число приоритетных программ в рамках Национальной стратегии по реформированию здравоохранения «Манас таалими», начиная с 2006 года,

Министерство здравоохранения КР значительно активизировало работу по улучшению регистрации и выявлению причин материнской смертности¹²:

- **Утверждено определение «материнской смертности» в соответствии с МКБ 10** в целях проведения полной оценки потерь беременных (от абортов, внематочной беременности, акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), рожениц и родильниц.
- **Введен мораторий на административные наказания** за полноту и достоверность представленных данных по материнской смертности;
- **Начато внедрение «Конфиденциального аудита случаев материнской смертности».** Одной из первых среди стран СНГ КР начала внедрение инициативы ВОЗ «Что кроется за цифрами?», где акцент сделан на использовании качественных методов сбора информации для более полного анализа и понимания истинных причин МС. В период с 2006 по 2010 год WHO и UNFPA совместно с инициативной группой из числа местных консультантов была проведена вся подготовительная работа, включая адаптацию инструментов сбора данных, информирование и обучение специалистов методологии данного подхода и т.д. Поскольку финансовая поддержка была ограниченной, работа была проведена только в областных организациях и пилотных районах без регулярного мониторинга и супервизии. Собственно аудит был начат в 2010 году и включал в себя следующие этапы: (1) сбор информации из медицинской документации, при котором обеспечивается полная конфиденциальность и анонимность участников; проведение анонимного опроса медицинского персонала и родственников умершей женщины с использованием разработанных опросных листов (опрос проводится спустя 1-2 месяца); (2) передача информации в независимый комитет, обеспечивающий логику и полноту данных; (3) рассмотрение материалов мультидисциплинарной командой, включающей акушер-гинеколога, акушерку, реаниматолога, патологоанатома, судмедэксперта и др. На данный момент продолжается сбор данных, и начата работа по четвертому этапу, когда на основе тщательного изучения всех полученных данных будет подготовлен суммарный анализ. Эта методика сбора информации позволяет получить реальную картину причин материнской смертности, лучше понять значение различных обуславливающих факторов, включая влияние барьеров в рамках самой системы здравоохранения и соответственно разработать целевые рекомендации и стратегии, предназначенные для Министерства здравоохранения, Правительства и населения.
- **Начато внедрение «Конфиденциального разбора критических случаев в акушерстве»** (на пилотной основе), когда каждый тяжелый случай обсуждается, включая опрос больной; оценивается организация и адекватность предпринятых лечебных мероприятий. Основная цель – это улучшение работы и обучение специалистов.

¹² Приказ МЗ КР № 292 от 2008 года «О переходе на определение «материнская смертность» в соответствии с МКБ X пересмотра и внесении изменений в состав Республиканской комиссии по профилактике и снижению материнской и перинатальной смертности».

- **Внесены изменения в порядок и сроки предоставления информации о случаях материнской смертности¹³.** В рамках данного Приказа были утверждены пересмотренные учетно-отчетные формы по материнской смертности, и внесены изменения в порядок информирования о случаях МС (Приложение 1). В настоящее время уже отработан алгоритм, когда каждый случай МС разбирается оперативно сначала на районном уровне с привлечением медицинских работников родильного отделения и ПМСП, под чьим непосредственным наблюдением находилась женщина (в течение 1 дня). Затем разбор идет на областном уровне совместно с областным координатором по материнству и областными специалистами (в течение 3х дней). После чего выборочный разбор случая материнской смертности проводится на Коллегии МЗ КР с привлечением специалистов третичного уровня.

Однако, по мнению опрошенных респондентов, несмотря на проводимые меры, проблемы с качеством и полнотой данных по МС все еще сохраняются по целому ряду причин:

- **Система остается наказательной.** Практически все опрошенные врачи выразили мнение, что система не изменилась и осталась наказательной.

«...раньше выявляли причины, врача отправляли на обучение для повышения квалификации, а сейчас – все заканчивается наказанием...»
(фрагмент интервью)

Кроме административных взысканий со стороны руководства (иногда включая невиновных), врачи имеют дело с прокуратурой. Согласно существующим правилам прокуратура в каждом случае материнской смертности изымает у лечебного учреждения всю медицинскую документацию для определения степени уголовной ответственности медицинского персонала. Этот процесс, как правило, является длительным и неоднозначным, нередко требует от вовлеченных в процесс медицинских работников существенных финансовых и эмоциональных затрат. С одной стороны, это способствует сохранению стимулов для сокрытия случаев МС или корректировки записей в медицинской документации, а с другой стороны, снижает качество анализа, проводимого в рамках «Конфиденциального аудита случаев материнской смертности».

- **Недостаточное внимание регистрации случаев МС в непрофильных отделениях и больницах.** Хотя в целом респонденты отметили значительное улучшение регистрации случаев МС в период с 2009 года, все же еще имеются проблемы с неправильной кодировкой случаев материнской смертности (несмотря на периодическое обучение учету МС), особенно в непрофильных отделениях и больницах, где женщина находилась по поводу какой-либо экстрагенитальной патологии. Например, если женщина умирает от ССЗ или туберкулеза, будучи беременной, то этот случай проводят как ССЗ или туберкулез, а не как МС, т.е. не уделяется должного внимания установлению точной причины смерти женщины и правильной ее классификации, отсутствуют отметки о наличии беременности в сертификате о смерти. Выявление недоучтенных материнских смертей и обеспечение полноты регистрации МС требует регулярного мониторинга и

¹³ Приказ МЗ КР №330 от 24.06.2011 года «Об улучшении полноты регистрации, своевременного сообщения в соответствующие инстанции случаев материнской смерти и достоверности показателя материнской смертности».

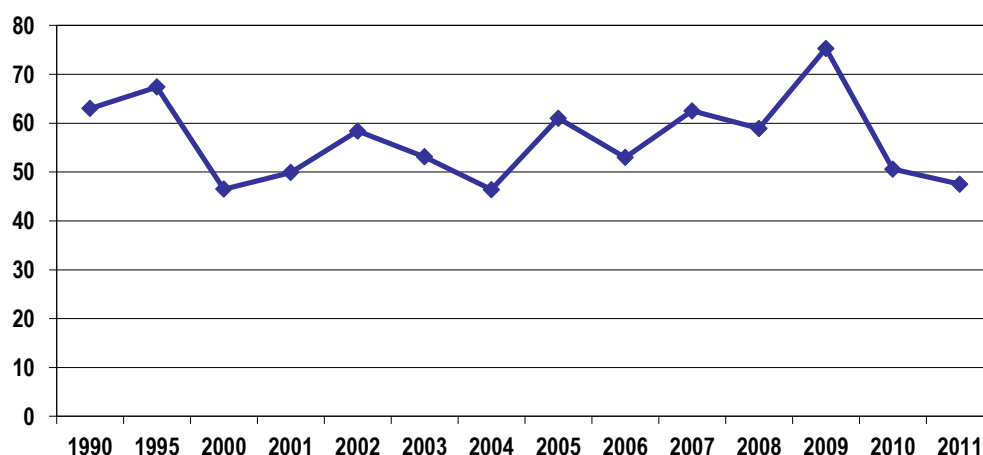
выборочного тщательного изучения записей в самих медицинских картах пациенток детородного возраста.

- **Незаинтересованность со стороны родственников женщины.** В случае МС часто родственники против проведения вскрытия и, чтобы его избежать, беременную женщину могут оформить не как умершую, а как выписанную. Кроме того, практически нет стимулов для своевременной регистрации случаев смерти в органах ЗАГС.
- **Низкое качество оформления заключений о смерти.** Во время последнего пересмотра учетно-отчетных форм и порядка регистрации случаев материнской смертности возлагались надежды на достижение значительного улучшения качества заполнения *заключений о смерти*, но этого не произошло. Судмедэксперты не обучены и, по-прежнему, допускают большое количество ошибок, качество документов остается низким (нет дат, некорректно оформленный или неполный диагноз, и т.д.). Проведение экспертизы каждого летального случая входит в круг обязанностей ФОМС, но это требует немалых затрат времени и ресурсов, и не всегда экспертиза выполняется в полном объеме.
- **Несоответствующие условия для обеспечения качественной судебно-медицинской экспертизы.** В стране отмечается нехватка патологоанатомов, нет возможности поддерживать их высокую квалификацию, помещения и оснащённость патологоанатомических лабораторий (оборудование, реактивы и т.д.) требуют улучшения. Если в прежние времена заключение патолого-анатомической экспертизы имело решающее значение в установлении истинных причин смерти и вносились уточнения при формировании окончательного диагноза, то в настоящее время после экспертизы, как правило, остается клинический диагноз, первоначально установленный в отделении, или зачастую наблюдается несовпадение патоморфологического диагноза с клиническим.

4.3 Тенденции в показателях материнской смертности в КР

По данным РМИЦ, в период с 1990 по 2011 годы уровень материнской смертности в стране значительно варьировал без четко выраженной и стабильной тенденции к снижению (Рисунок 2).

Рисунок 2. Материнская смертность в КР, 1990, 1995, и 2000 - 2011 гг., на 100 000 живорожденных



Источник: РМИЦ

Значительный подъем показателей МС в 2009 году специалисты связывают также с мерами, которые были предприняты МЗ КР по улучшению регистрации МС (см. раздел 4.2). Уровень материнской смертности практически во всех регионах страны также нестабилен, и имеет значительные колебания по годам (Таблица 10). В середине 90-х особенно тревожной была ситуация в Иссык-Кульской (188,5), Нарынской (134,3), Джалалабадской (88,8) областях и в городах Бишкек (103,7) и Ош (98,4). В последующие годы ситуация по отдельным регионам несколько улучшилась, но остается особенно нестабильной в более бедных в социально-экономическом плане регионах: Нарынской, Таласской (особенно в период с 2002 по 2005 гг., отмечается улучшение в 2011 году) и Иссык-Кульской (высокие цифры сохраняются с 2005 года) областях.

Таблица 10. Материнская смертность по регионам (на 100000 живорожденных)

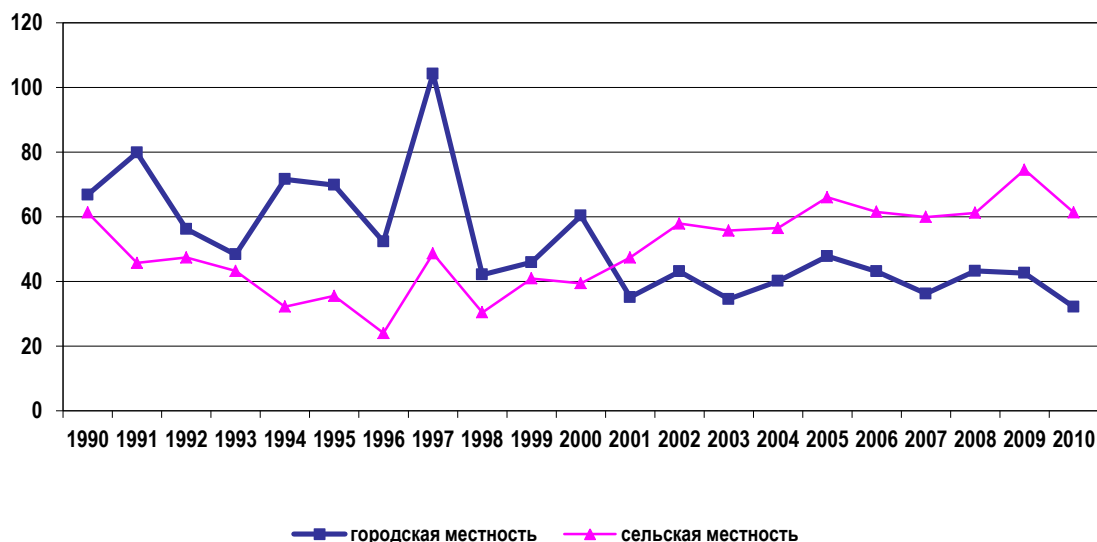
Область	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
КР	65	46,5	49,9	58,4	53,1	46,4	61	53	62,5	58,9	75,3	50,6	47,5
Баткенская	-	32,2	31,3	79,8	43,4	44,4	42,4	38,5	93,6	66,6	41,7	59,7	66,9
Джалалабад	88,8	48,6	33	63,5	54,7	68,6	77,9	78,3	49,3	62,7	40,3	34,6	29,9
Иссык-Куль	188,5	59,9	70,1	58,3	65,4	60,7	97,8	81,2	110	122,9	72	70,4	62,6
Нарын	134,3	32,4	129,3	75,2	29,2	89,4	89,6	60,5	77,9	61,6	135,6	83,5	83,3
Ош	50,9	30	33,9	40,8	34,4	25	61,9	60,8	33,4	54,4	117,4	59,8	47,6
Талас	28,7	43,3	40	113,1	104,1	89,3	94,8	33,8	137	51,1	61,3	87	40,9
Чуй	25,1	36,5	74,9	44,2	88,7	38	39,6	36,6	54,2	34,4	83,3	49,5	64,1
г.Бишкек	103,7	99,7	38	26,3	40,8	7,2	20,3	24,4	34,5	22	30,6	34	28,8
г.Ош	98,4	24,7	24,5	95,4	40,8	47,3	44,8	21,5	101	57,8	187,2	-	35,7

Источник: РМИЦ

Обращает на себя внимание то, что по данным НСК до 2000 года преобладали случаи МС среди городского населения (что скорее связано с недорегистрацией случаев МС в сельской местности). Начиная с 2000, соотношение меняется: отмечено снижение показателя МС среди городского населения с 60,3 в 2000 г. до 32,1 в 2010 г. и значительное повышение его среди сельского населения с 39,4 в 2000 г. до 61,3 в 2010 г.

По данным 2010 г., коэффициент материнской смертности среди жительниц сельской местности в целом по Кыргызстану превышает аналогичный показатель среди жительниц городской местности в 1,9 раз (Рисунок 3).

Рисунок 3. Материнская смертность в КР, 1990 – 2010 гг., в разбивке на городскую и сельскую местности, на 100 000 живорожденных



Источник: НСК, База ЦРТ

Что касается структуры МС, то до 2003 года преобладали такие причины, как токсикозы/гестозы, септические осложнения и кровотечения. Начиная с 2004 года, основной причиной МС являются кровотечения (42,6%), затем – преэклампсия/ эклампсия (22,2%) и сепсис (20,4%), т.е. те состояния, которые зависят от надлежащего ухода и наблюдения за женщиной во время беременности, родов и послеродовом периоде (Таблица 11).

Таблица 11. Структура причин материнской смертности в КР, в %

	1999	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
МС, непосредственно связанная с акушерскими причинами, в том числе:	-	-	89,3	86,3	89,6	100	87	82,7	74,5	70,3	76,1
Акушерские кровотечения	22,9	13	18	31,8	43,3	34,4	52,2	29	35,5	44,2	42,6
Гестозы/Гипертензионные расстройства	-	-	40	22,7	26,7	34,4	22,4	22,6	26,3	23,1	22,2
Токсикозы	37,5	38	-		-	-	-	-	-	-	-
Септические осложнения	12,5	18	16	11,4	10	7,8	10,4	21	18,4	3,8	20,4
Разрыв матки	8,3	2,2	4	6,8	3,3	1,6	0	1,6	0	0	1,9
Прочие	18,8	29	22	27,3	16,7	21,9	14,9	25,8	19,7	28,8	12,9
МС, косвенно связанная с акушерскими причинами	-	-	10,7	13,7	10,4	0	13	17,3	25,5	29,7	23,9

Источник: РМИЦ

После 2000 года возрос процент «Прочих» причин (эмболия околоплодными водами, тромбоэмболия легочной артерии, анафилаксия и др.). Также отмечен рост процента МС, косвенно связанных с акушерскими причинами (экстрагенитальные патологии). Экспертами отмечено, что увеличиваются случаи смерти женщин от туберкулеза.

4.4 Заключение

В стране, безусловно, существовала проблема со сбором статистических данных по материнской смертности, что находило свое отражение в различиях показателей МС из разных источников, как государственных (РМИЦ, НСК), так и по оценкам международных организаций (WHO, UNICEF, UNFPA, WB). Получению полных и корректных данных по МС препятствовал целый ряд причин, включая: значительное ухудшение социально-экономического положения населения в стране (случаи смерти на дому, снижение процента вскрытий, отсутствие документов или низкий приоритет правильного их оформления, и т.д.); наказательный характер самой системы здравоохранения, что стимулировало в отдельных случаях сокрытие факта МС; учет случаев МС не в полном соответствии с МКБ-10, что также приводило к неполной регистрации и т.д. Многие из названных причин продолжают сохранять актуальность и сегодня. Однако следует отметить, что начиная с 2009 года МЗ КР при поддержке международных партнеров (WHO, UNFPA, UNICEF, и др.) последовательно реализует ряд мер, которые должны обеспечить улучшение полноты, корректности и достоверности статистических данных по МС в КР.

Основным источником информации по МС в стране является РМИЦ. Обзор динамики показателя МС с 1990 по 2011 год показывает крайнюю нестабильность и отсутствие четкой тенденции к снижению. МС в сельской местности выше, чем в городской. Наиболее уязвимыми в отношении МС являются Нарынская, Таласская и Иссык-Кульская области (наиболее бедные или нестабильные в экономическом плане регионы). Начиная с 2004 года, ведущей причиной МС является кровотечение, и все больший процент приходится на прочие причины, где возрастающую роль играет экстрагенитальная патология.

4.5 Рекомендации

- Усиление межведомственного взаимодействия (прокуратура) по обеспечению условий для соблюдения моратория на наказания в случаях МС, что значительно улучшит полноту и качество данных по МС;
- Проводить регулярный мониторинг оформления учетно-отчетных форм в непрофильных отделениях стационаров различного уровня, включая специализированные, на предмет полноты и корректности регистрации случаев материнской смертности;
- Проводить непрерывное обучение медицинского персонала стационаров различного уровня, включая специализированные, а также персонал службы судебно-медицинской экспертизы с целью улучшения качества заполнения учетно-отчетной документации и регистрации случаев материнской смертности;

- Совершенствование системы записи актов гражданского состояния, что позволит повысить достоверность данных по материнской смертности;
- Изыскать финансовые возможности для расширения внедрения во всех регионах страны «Конфиденциального аудита случаев материнской смертности» и проведения регулярного анализа полученных данных. Эта инициатива, также как и «Конфиденциальный разбор критических случаев в акушерстве», будут способствовать повышению качества предоставляемых услуг.

РАЗДЕЛ 5. ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

Краткая информация о Национальных Программах, где включены мероприятия по охране здоровья матери, представлена в таблице ниже (Таблица 12).

Таблица 12. Основные Программы, направленные на охрану здоровья матери

Программа	Основные цели и достижения	Комментарии
Национальные Программы по реформированию здравоохранения		
«Манас», 1996-2005	Усиление ПМСП; Внедрение принципов Семейной медицины; Разработка клинических протоколов и руководств; Внедрение ПГГ и ДП ОМС.	Пилотирование различных подходов в оказании услуг. Недостаточный охват и координация мероприятий в области охраны здоровья матери, внедряемых в рамках Национальных программ и программ международных организаций.
«Манас таалими», 2006 - 2011	Внедрены эффективные технологии ВОЗ по обеспечению безопасной беременности и в рамках содействия повышению эффективности перинатальной помощи в 60% родовспомогательных организациях. Унифицированы программы по акушерству и гинекологии для КГМИПиПК с учетом рекомендаций ВОЗ и элементов доказательной медицины/ Улучшена доступность услуг для беременных женщин в рамках ПГГ и ДП ОМС. Усовершенствованы системы регистрации случаев детской и материнской смертности.	Программа реализовывалась на основе SWAp и позволила значительно расширить охват регионов эффективными перинатальными услугами, успешно прошедших пилотирование.
«Ден соолук», 2012-2016	Целью является повышение качества услуг, предоставляемых в период беременности и родов, путем внедрения методик с доказанной эффективностью и достижение конкретных результатов по ключевым показателям на основе выявления и преодоления барьеров.	Реализация программы началась во второй половине 2012 года на основе SWAp.
Государственные Программы по обеспечению населения медицинской помощью		
Программа Государственных гарантий	В рамках ПГГ и расширенной ДП ОМС предусмотрено бесплатное предоставление всех видов медицинских услуг, оказываемых женщинам в период беременности и родов.	Программы в полной мере не срабатывают по следующим причинам: (i)наличие финансового разрыва в обеспечении Программ; (ii)большой процент незастрахованных женщин; (iii)недостаточная информированность населения/женщин о льготах в рамках данных Программ;
Дополнительная Программа ОМС по лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне		

Программа	Основные цели и достижения	Комментарии
		(iv) низкая информированность о возможности приобретения страхового полиса.
Программы по охране здоровья матери		
Национальная стратегия по репродуктивному здоровью, 2006 - 2015	Предполагалась поэтапная реализация приоритетных направлений. На первом этапе (2006 -2010) приоритетами были четыре направления: 1) Государственная политика в области охраны Репродуктивного Здоровья населения КР (уже приняты 2 Закона ¹⁴); 2) Безопасное материнство; 3) Репродуктивный выбор; и 4) Борьба с ВИЧ/СПИД, ИППП. На втором этапе (2011-2015) запланированы три направления: 5) Репродуктивное здоровье подростков; 6) Рак репродуктивной системы; и 7) Предупреждение и борьба с насилием.	Из-за недостатка целевого финансирования реализация приоритетов первого этапа была проведена частично при финансовой поддержке в рамках Программы "Манас таалими" и международных донорских организаций. План мероприятий и источники финансирования на второй этап (2011-2015) уточняются.
Программа по улучшению перинатальной помощи в КР, 2008-2017 годы	Данная программа основана на внедрении системы регионализации перинатальной помощи. К настоящему времени: (i) пересмотрены и утверждены клинические протоколы с включением приоритетных интервенций с доказанной эффективностью; (ii) проводится поэтапное расширение эффективных перинатальных технологий в ранее неохваченных областях республики; (iii) разработаны Пакеты перинатальных услуг для каждого уровня предоставления медицинской помощи.	Программа реализуется при поддержке Партнеров по развитию - WHO, USAID, UNFPA, UNICEF, GTZ, KfW, Азиатский Банк Развития, Фонд Арахан и др.), а также в рамках SWAp

Активные преобразования в системе здравоохранения были начаты в рамках первой Программы по реформированию системы здравоохранения «Манас», рассчитанной на 1996 – 2005 гг. Помимо крупных структурных преобразований¹⁵ с изменением формата предоставления услуг, а именно внедрение Семейной медицины¹⁶, большое внимание было уделено содержанию практики. Это разработка клинических протоколов на основе доказательной медицины, широкое обучение и переобучение медицинского персонала. В 2000-2004гг. в республике при помощи международных донорских организаций в области здоровья матери внедрялись программы «Содействие повышению эффективности перинатальной помощи» (UNICEF/WHO), «Профилактика железодефицитной анемии у беременных» (UNICEF), «Охрана материнства и детства» (KfW), «Безопасное материнство» (UNICEF/WHO) и другие программы, где содержались такие вмешательства, как безопасный аборт, неотложная акушерская помощь, социальный патронаж, обеспечение необходимым оборудованием и улучшение инфраструктуры и др.

¹⁴ Приняты два новых нормативных правовых документа: Закон КР "О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации", утвержден Постановлением Правительства КР 185 от 20.04.2008г. и Закон КР "Об обогащении муки хлебопекарной", утвержден 01.2009г.

¹⁵ Оценка Программы реформирования «Манас» (1996 – 2005): Реструктуризация системы предоставления медицинских услуг. Документ исследования политики №45;

¹⁶ Оценка Программы реформирования «Манас» (1996 – 2005): Служба первично медико-санитарной помощи. Документ исследования политики № 46;

Однако результаты качественных выборочных исследований показывали, что охват этими вмешательствами не превышал 20-30% населения¹⁷.

В связи с этим и необходимостью ускорения прогресса в отношении достижения ЦРТ 4 и 5, в следующей программе «Манас таалими», реализация которой проходила с использованием широко-секторального подхода (SWAp), охрана здоровья матери и ребенка были выделены как приоритетная программа. В рамках данной программы удалось расширить внедрение ранее отпilotированных эффективных вмешательств по уходу за женщиной во время беременности, родов и в послеродовом периоде¹⁸. Были обновлены клинические протоколы, обучены специалисты как на уровне ПМСП, так и на стационарном уровнях. В процесс активно вовлекались и руководители организаций здравоохранения, лучшее понимание проблем родовспоможения ускорило продвижение в практику намеченных технологий. Так, при поддержке различных донорских организаций, а также средств бюджета произошли значительные улучшения инфраструктуры, лекарственного обеспечения родильных отделений, и др.

На ход реализации остальных программ значительное ограничивающее влияние оказывает недостаток финансовых средств, имеющихся в системе здравоохранения. Другие препятствующие факторы были обозначены специалистами, непосредственно принимающими участие во внедрении указанных программ (Раздел 6 и 7).

Таким образом, вопрос охраны здоровья матери является одним из приоритетных и неизменно находит свое отражение на каждом этапе реализации основных Национальных программ по здравоохранению. В рамках новой Национальной программы «Ден соолук» запланированы мероприятия, нацеленные на устранение барьеров в системе здравоохранения и последовательное внедрение намеченных мероприятий по охране здоровья матери.

¹⁷ Национальная программа реформирования здравоохранения «Манас таалими», 2006 – 2010 гг.

¹⁸ Оценка реализации Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими», МЗ КР, Апрель 2011 г.

РАЗДЕЛ 6. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОГО БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ НА УРОВНЕ ПМСП

Качество антенатального ухода, предоставляемого на уровне ПМСП, оценивалось на основе анализа обменных карт беременных женщин (6.1.) и результатов опроса рожениц и родильниц (6.2.). При проведении интервью с медицинским персоналом ПМПС основным было определение барьеров и препятствий, оказывающих неблагоприятное влияние на качество антенатального ухода (6.3.).

6.1 Анализ обменных карт беременных женщин на уровне ПМСП

Уровень охвата беременных женщин антенатальной помощью в КР всегда был довольно высоким (в среднем по стране – 96,9%¹⁹, показатели в разрезе регионов - от 92,7 до 99,4%²⁰), но содержание и качество медицинского наблюдения требовало значительного улучшения. В связи с этим, в последние годы было уделено большое внимание усовершенствованию подходов в антенатальном уходе, которые нашли свое отражение в клинических протоколах²¹, пересмотренных и утвержденных Приказом МЗ КР № 539 от 21 октября 2008 года. По мнению экспертов, в программу наблюдения женщин при физиологической беременности, в основном, были включены интервенции с доказанной эффективностью, изменены кратность посещений для наблюдения медицинским работником и частота лабораторно-инструментальных методов исследования, отказ от отдельных видов манипуляций и назначения излишнего количества лекарственных препаратов.

Целью обзора обменных карт беременных женщин была оценка соответствия практики новым клиническим протоколам по ведению физиологической беременности. Для этого были отобраны следующие основные критерии:

- Сроки взятия на учет и количество посещений до родов;
- Измерение АД;
- Заполнение гравидограммы;
- Определение уровня гемоглобина
- Анализ мочи на наличие протеинурии и бактериурии;
- Другие лабораторно-инструментальные исследования (ВИЧ-статус, УЗИ и др.);
- Проведение бесед;
- Назначение лекарственных препаратов.

6.1 Общая характеристика беременных женщин

В целом, были проанализированы обменные карты 223 беременных женщин, наблюдавшихся в Центрах семейной медицины Ошской, Таласской и Чуйской областей. Из общего количества женщин 81,6% были в возрасте от 18 до 32 лет, при этом в Ошской области преобладали женщины в возрасте 22 года и меньше (34,4%), в Таласской области – в возрасте 23-27 лет (34,9%) и в Чуйской – сравнительно высокий процент женщин более старшей возрастной категории: 28 – 32 года (25,5%) и 33 года и больше

¹⁹ Кластерное обследование по многим показателям, 2006 г.. Национальный статистический комитет КР и ЮНИСЕФ.

²⁰ Зульфикар А.Бутта, Ясир П. Хан. Здоровье женщин и новорожденных женщин в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательства. Согласно техническому заданию Министерства здравоохранения КР и ЮНИСЕФ, Бишкек 2010.

²¹ Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения, 2009 г.

(14,9%); женщин со средним образованием было 66,4% (68,9%, 61,6% и 70,2% в Ошской, Таласской и Чуйской областях соответственно), с высшим образованием - 20,6% (21,1%, 20,9% и 19,1% в Ошской, Таласской и Чуйской областях соответственно); семейное положение: замужем - 62,8%, не замужем - 6,3%, нет данных о семейном статусе - 25,6%; 35,3% женщин находились под наблюдением с первой беременностью, 44,2% - со второй и третьей беременностью, 13,1% - с четвертой беременностью, оставшиеся 7,4% женщин наблюдались по поводу пятой и более беременностей.

6.1.1 Результаты анализа

Сроки взятия на учет и количество посещений

В среднем 81,2% женщин были взяты на учет в сроке до 12 недель беременности.

Таблица 13. Количество женщин, поступивших на учет в сроке до и после 12 недель беременности, по регионам

Регион	Ош n – 90		Талас n – 86		Чуй n – 47		Всего n – 223	
Сроки	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%
До 12 недель включительно	70	85,4	65	77,4	38	80,9	173	81,2
После 12 недель	12	14,6	19	22,6	9	19,1	40	18,8
Итого	82	100	84	100	47	100	213*	100

Примечание: * - в части обменных карт информация не была указана.

Наибольший процент раннего взятия на учет был отмечен в Ошской области – 85,4%. Следует отметить, что в части обменных карт была сделана отметка, что женщина взята на учет во время подворового обхода, а первые записи и результаты тестов относились к более позднему сроку беременности (16 и более недель). Кроме того, обзор данного показателя в целом по стране за период с 1992 по 2011 год показал его заметное снижение в течение последних двух лет с 73,8% в 2009 году до 52,1% в 2011 году (Рисунок 1).

Согласно утвержденному клиническому протоколу при нормальном течении беременности рекомендовано 5-6 посещений. По данным обменных карт, общее количество визитов варьировало, в среднем по стране 44,4% приходится на 5 и 6 визитов (24,7% и 19,7% соответственно).

Таблица 14. Число визитов в период беременности, по регионам

Регион	Ош n – 90		Талас n – 86		Чуй n – 47		Всего n – 223	
Визит	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%
менее 5 визитов	59	65,6	21	24,4	15	31,9	95	42,6
5 - 6 визитов	26	28,9	57	66,3	16	34,0	99	44,4
более 6 визитов	5	5,6	8	9,3	16	34,0	29	13,0
Итого	90	100,0	86	100,0	47	100	223	100,0

При интерпретации данных по Ошской области, необходимо принимать во внимание, что в анализ были включены не только обменные карты уже родивших женщин, но и частично

женщин в третьем триместре беременности, т.е. продолжавших находиться под наблюдением. При этом кратность посещений в среднем составляла не менее 1 раза в месяц. Что касается Таласской области, то чаще за весь период беременности женщины имели 5-6 визитов к врачу (66,3%). В Чуйской области возрастает процент женщин с количеством визитов более 6 (34%) по сравнению с другими областями (5,6% и 9,3% в Ошской и Таласской областях соответственно). Отметим, что только у одной женщины из 16 в обменной карте было отмечено наличие сопутствующей патологии («Угроза выкидыша»), что скорее и было причиной более частых визитов.

Измерение АД

Измерение артериального давления (АД) проводится каждой беременной женщине, но не при каждом визите (Рисунок 4). Так, в Чуйской области только в 84,8% обменных карт (в 39 из 46) содержались записи о показаниях АД при каждом визите беременных женщин. Возможно, это связано с недостаточным временем для заполнения карт. Наиболее высокий уровень данного показателя отмечен в Таласской области (96,5%), в среднем показатель составил 92,8%.

Рисунок 4. Измерение АД при каждом посещении

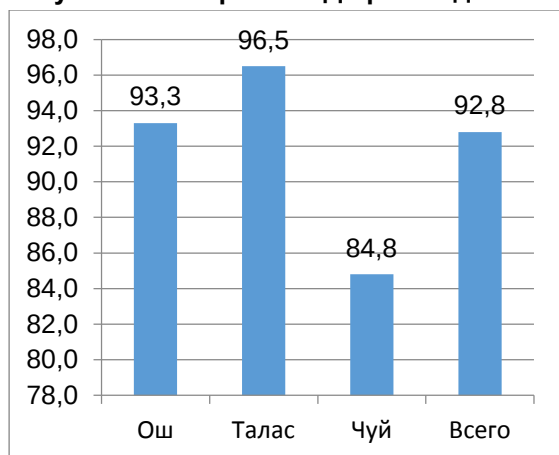
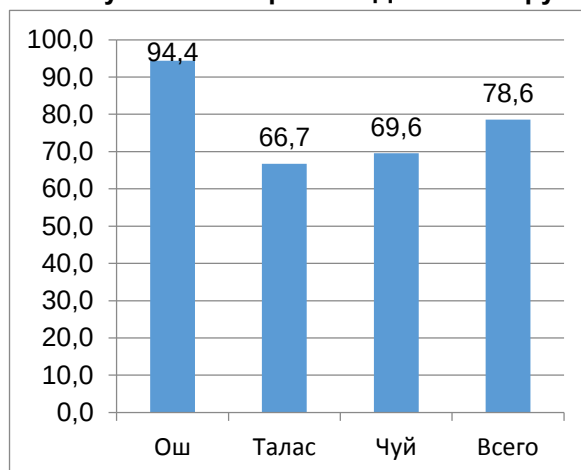


Рисунок 5. Измерение АД на обеих руках



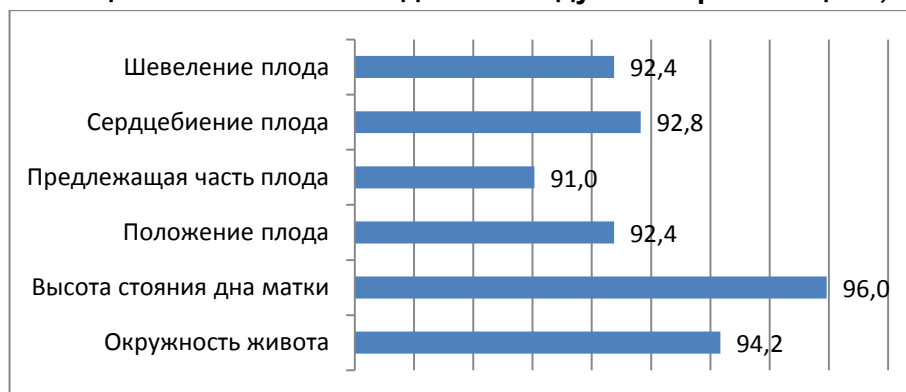
Как видно на Рисунке 5., показания АД на обеих руках беременной женщины в среднем были отмечены в 78,6% обменных карт, наиболее высокий уровень данного показателя был выявлен при анализе карт Ошской области (94,4%).

При оценке объективного состояния беременной женщины, кроме измерения АД, уделяется внимание определению группы риска и выявлению симптомов различных осложнений. Так, в обменных картах ЦСМ Ошской (38,9%, 35 из 90 карт) и Чуйской областях (70,2%, 33 из 47 карт) имелись записи о факторах риска, в основном обусловленных различной экстрагенитальной патологией (60,3%, 41 из 68). В обменных картах, отобранных для анализа в ЦСМ Таласской области, факторы/группы риска не были отмечены. В 74,9% от общего количества карт имелись записи об измерении веса беременной при каждом посещении (167 из 223), в 95,5% - о наличии или отсутствии отеков.

Осмотр состояния плода

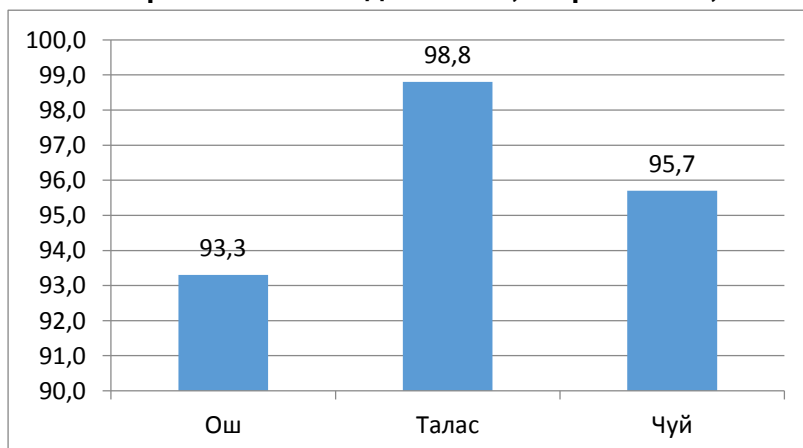
В более чем 90% обменных карт на регулярной основе отмечались основные параметры, отражающие состояние и развитие плода (Рисунок 6).

Рисунок 6. Оценка состояния плода в исследуемых организациях, в %



Информация об измерении высоты дна матки отмечена в среднем в 96% обменных карт (Рисунок 7). Однако во всех регионах имеющиеся данные наносились на гравидограмму крайне редко.

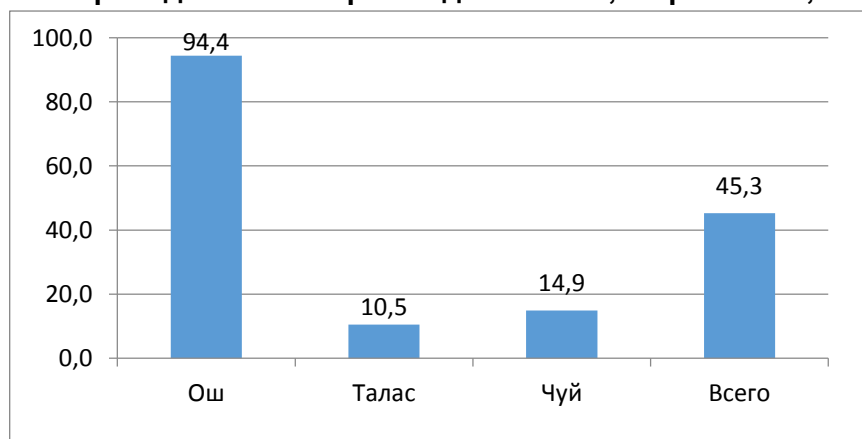
Рисунок 7. Измерение высоты дна матки, по регионам, в %



Определение уровня гемоглобина

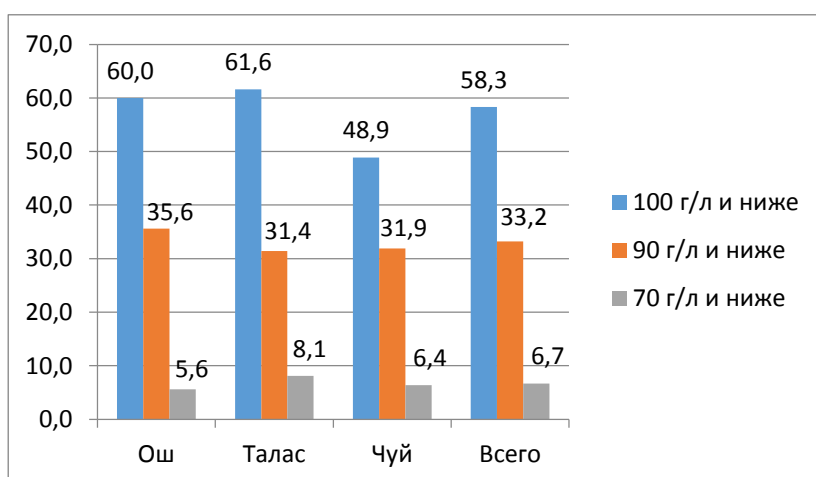
По данным обменных карт, основная часть женщин сдавали общий анализ крови (ОАК) от 1 до 3 раз - 76,2% (170 из 223), от 4 до 8 раз – 22 % (49 из 223). Беременные женщины, наблюдавшиеся в ЦСМ Ошской области, сдавали ОАК практически при каждом визите (в 94,4% случаях), в Таласской и Чуйской областях аналогичный показатель значительно ниже – 10,5% и 14,9% соответственно (Рисунок 8).

Рисунок 8. Проведение ОАК при каждом визите, по регионам, в %



В целом 58,3% женщин в период беременности имели анемию различной степени (Рисунок 9). Из них 33,2% приходилось на анемию средней тяжести (уровень гемоглобина - 90-70 г/л) и 6,7% - на тяжелую анемию (уровень гемоглобина ниже 70 г/л). Показатели были несколько хуже в Таласской области.

Рисунок 9. Количество женщин, имеющих анемию различной степени, по регионам, в %

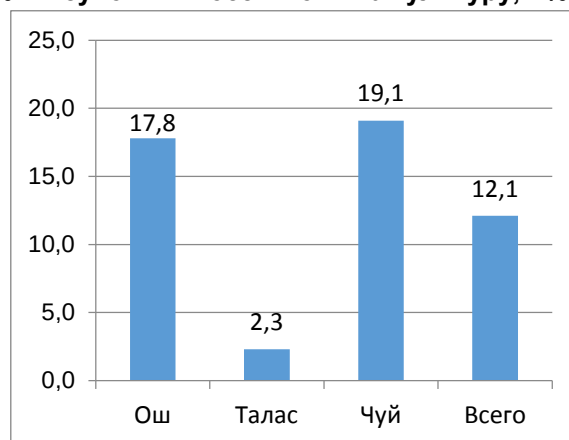
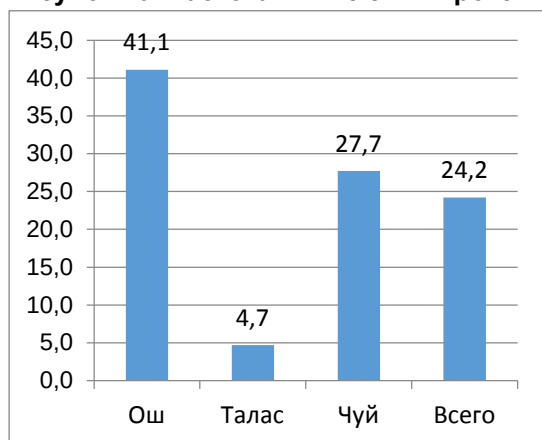


Анализ мочи на наличие протеинурии и бактериурии

Частота проведения общего анализа мочи (ОАМ) среди беременных женщин была значительно выше по сравнению с частотой ОАК. Так, 70% женщин сдавали ОАМ от 2 до 5 раз, 16,6% - от 6 до 9 раз. Белок в моче (в основном 0,33 г/л) выявлялся в среднем в 24,2% случаев (Рисунок 10). При этом максимальный показатель был выявлен в обменных картах из Ошской области (41,1%), минимальный – в Таласской области (4,7%).

В 27 картах (12,1%) было отмечено о проведении посева мочи на культуру для выявления бактериурии (Рисунок 11). Минимальный процент также был выявлен в Таласской области (2,3%).

Рисунок 10. Частота выявления протеинурии, в % **Рисунок 11. Посев мочи на культуру, в %**



Другие лабораторно-диагностические исследования

Согласно утвержденному клиническому протоколу во время первого посещения врача беременной женщине показано проведение целого ряда других лабораторных тестов (Таблица 15).

Таблица 15. Частота проведения лабораторных тестов в период наблюдения за беременными женщинами, по регионам, в %

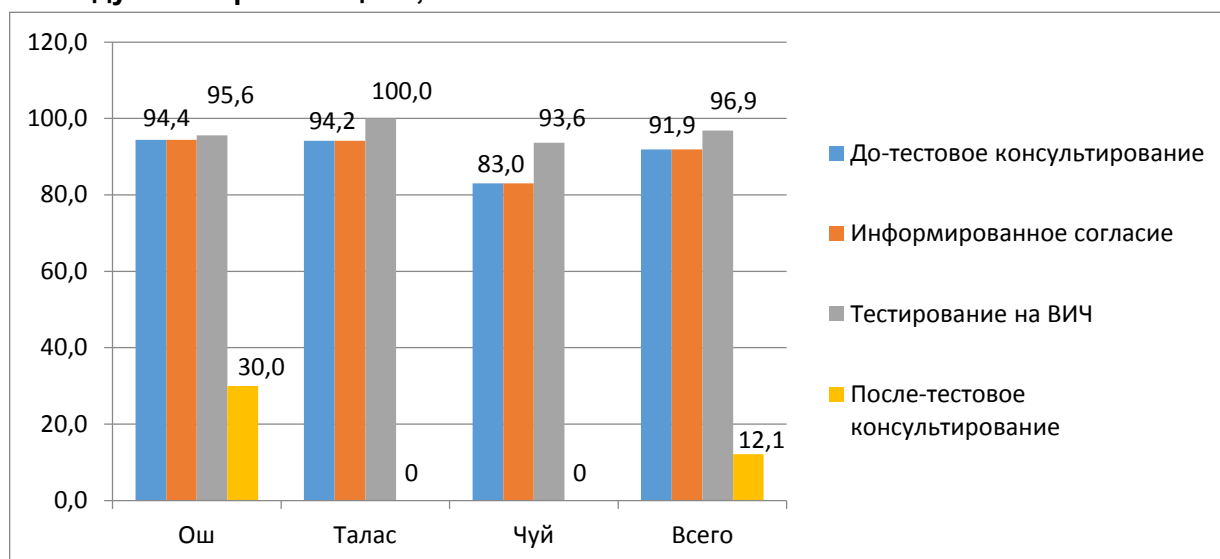
Регион	Ош n – 90		Талас n – 86		Чуй n – 47		Всего n – 223	
	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%
Группа крови	72	80,0	84	97,7	47	100	203	91,0
Резус фактор	71	78,9	83	97,6	47	100	201	90,5
RW	87	97,8	85	100,0	42	89,4	214	96,8
Дополнительные лабораторные исследования	0	0	6	7,0	45	95,7	51	22,9

Основная часть обменных карт беременных женщин содержала информацию о группе крови и резус-факторе (91%), самым низким этот показатель был в Ошской области (80%). По клиническому протоколу анализ на RW (реакция Вассермана) рекомендуется проводить в обязательном порядке при первом и четвертом посещении. По данным анализа, кратность проведения RW составила от 0 до 4 раз: у 2,7% женщин тест не проводился, в 41,1% случаев - был проведен однократно, в 53,0% - 2 раза, в 2,3% - 3 раза и в 0,9% - 4 раза. В число лабораторных исследований, которые проводились дополнительно, вошли следующие: кровь на свертываемость, биохимические тесты, кровь на сахар, чувствительность к антибиотикам, а также мазок на флору. Из них 88,2% исследований (45 из 51) пришлось на Чуйскую область, что, безусловно, связано с более широкими возможностями лабораторно-диагностических служб. В обменных картах из

Ошской области каких-либо записей о проведении дополнительных исследований не было.

Согласно Приказа МЗ КР²² все взятые на учет беременные женщины подлежат обязательному (с получением информированного согласия) тестированию на ВИЧ. Обзор обменных карт в 91,9% случаев показал наличие записей о проведении до-тестового консультирования и получение подписи на бланке информированного согласия на прохождение ВИЧ-тестирования (Рисунок 12).

Рисунок 12. Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ инфекцию в исследуемых организациях, в %



Самый низкий показатель отмечен в Чуйской области (83%). Из общего числа обменных карт женщин, уже прошедших тестирование, 5% карт не содержали бланка информированного согласия и только в 12,1% из них были записи о проведении после-тестового консультирования (27 карт из ЦСМ Ошской области). Однако, согласно пояснениям медицинских работников, вся информация о ДКТ обычно фиксируется в отдельном журнале и по причине перегруженности медицинского персонала не дублируется в карте наблюдения беременной.

Данные об УЗ-исследованиях представлены в Таблице 16. В среднем, каждая беременная женщина проходит 1-2 исследования (в Чуйской области -1-3 исследования).

²² Приказ МЗ КР №400 от 13.11.2007г. «О проведении аналитического исследования вспышки ВИЧ-инфекции среди детей Ошской области»

Таблица 16. Частота проведения УЗИ-исследования в период наблюдения за беременными женщинами, по регионам, в %

Регион	Ош n – 90		Талас n – 86		Чуй n – 47		Всего n – 223	
Количество исследований	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%
0	4	4,4	4	4,7	4	8,5	12	5,4
1	25	27,8	52	60,5	12	25,5	89	39,9
2	32	35,6	26	30,2	13	27,7	71	31,8
3	22	24,4	3	3,5	13	27,7	38	17,0
4	6	6,7	1	1,2	4	8,5	11	4,9
5	1	1,1	0	0,0	1	2,1	2	0,9
Итого	90	100,0	86	100,0	47	100,0	223	100,0

Проведение бесед и консультация узкими специалистами

Согласно клиническому протоколу важным аспектом качества является проведение бесед и консультаций для беременных. В Таблице 17 представлены темы, о проведении которых сделаны отметки в обменных картах.

Таблица 17. Темы бесед и показатели охвата ими беременных женщин в исследуемых организациях

Регион	Ош n – 90		Талас n – 86		Чуй n – 47		Всего n – 223	
Тема	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%
Гигиена беременных	26	28,9	75	87,2	35	74,5	136	60,9
Социально-бытовые условия	40	44,4	76	88,4	42	89,4	158	70,9
Питание беременных	43	47,8	79	91,9	35	74,5	157	70,4
Партнерские роды	10	11,1	44	51,2	22	46,8	76	34,1
Грудное вскармливание	34	37,8	59	68,6	29	61,7	122	54,7
Планирование семьи	34	37,8	55	64,0	20	42,6	109	48,9
Тревожные признаки при беременности	18	20,0	69	80,2	3	6,4	90	40,4
План родов	0	0	15	17,4	2	4,3	17	7,6

Анализ карт показал, что охват беседами по различным темам в среднем все еще остается низким. Однако следует отметить, что по записям обменных карт наилучшие результаты в этом плане были продемонстрированы в Таласской области, где почти по всем темам был высокий процент охвата (от 51,2% до 91,9%). Самые низкие проценты по проведению бесед и консультирования беременных женщин были в Ошской области (от 11,1% до 47,8%). По всем трем регионам отмечены низкие проценты охвата по таким темам, как «Партнерские роды» (от 11,1% до 51,2%). В Чуйской и Ошской областях очень низким оказался процент охвата такой темой как «Тревожные признаки беременности»

(6,4% и 20% соответственно). Практически во всех трех областях самым слабым звеном является тема «План родов».

В ходе наблюдения беременные женщины также получали консультации специалистов узкого профиля преимущественно по следующим направлениям: стоматолог (74% женщин), терапевт (30%), эндокринолог (28,3%), в меньшей степени – окулист, ЛОР-врач, невропатолог и др. Наиболее часто консультации назначались в Ошской области по сравнению с Таласской и Чуйской областями. Характер перенаправлений также определялся наличием того или иного специалиста в штате ЦСМ.

Назначение лекарственных препаратов

Согласно клиническому протоколу в течение первого триместра беременности рекомендовано назначение фолиевой кислоты (400 мкг ежедневно), калия йодида (200 мг ежедневно) и препаратов железа при подтверждении анемии.

Таблица 18. Частота назначения рекомендуемых лекарственных препаратов по записям в обменных картах беременных женщин, по регионам, в %

Регион	Ош n – 90		Талас n – 86		Чуй n – 47		Всего n – 223	
Лек. Препарат	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%	абс.ц.	%
Фолиевая кислота	55	61,8	53	61,6	25	53,2	133	59,9
Калия йодид / Йодомарин	78	86,7	63	73,3	27	57,4	168	75,3
Препараты железа	43	48,9	68	82,9	26	55,3	137	63,1

В целом, женщинам во время дородового наблюдения фолиевая кислота была назначена в 59,9% случаев, калий йодид – в 75,3% случаев. В разрезе регионов самый низкий процент назначения указанных двух препаратов отмечен в ЦСМ Чуйской области. Что касается железосодержащих препаратов, то самый низкий процент их назначения отмечается в Ошской области - 48,8%, где общее количество женщин с уровнем гемоглобина ниже 100 мг/л составил 60% (Рисунок 9). В ЦСМ Таласской области препараты железа назначались в 82,9% случаев (процент распространения анемии различной степени – 61,6%), аналогичные показатели по Чуйской области составили 53,3% и 48,9% соответственно. Наиболее часто назначаемыми препаратами были Ферроплекс, Ранферон, Тардиферон, Гино-Тардиферон, Ферсинол и др. Следует отметить, что информация о дате назначения, дозировке и длительности приема препаратов фиксируется в обменных картах не во всех случаях аккуратно, что значительно затрудняло сбор данных.

Список дополнительно назначаемых препаратов включал от 15 до 18 лекарственных средств (Таблица 19) (преимущественно антибактериальные, противогрибковые, витаминные, спазмолитические и др.).

Таблица 19. Список лекарственных средств, назначенных беременным женщинам во время наблюдения, по регионам

№	Ош	Талас	Чуй
1	Амоксициллин	Амоксициллин	Амоксициллин
2	Витамин В1, В6, Е	Ампициллин	Актовегин
3	Глюкоза	Витамин В1, В6	Валерианка
4	Диофестал	Венодиол	Вит С
5	Метронидазол	Глюконат Са	Гиновакс
6	Нитроксилин	Гэнферон	Гинипрал
7	Нифедипин	Дексаметазон	Дуовит
8	5 Нок	Доромицин	Дюфастон
9	Новокаин	Нитроксилин	Нистатин
10	Папавериновые свечи	Нифедипин	Но-шпа
11	Поливитамины	Метронидазол	Нитроксилин
12	Регидрон	Метоклопрамид	Отоферонол
13	Цефазолин	Папавериновые свечи	Папавериновые свечи
14	Элевит	Почечный чай	Почечный чай
15	Эритромицин	Поливитамины	Пиковит
16		Цефазолин	Трихопол
17		Эритромицин	Текназол
18		Эмфетал	Цефазолин

6.1.2 Заключение

Анализ обменных карт 223 беременных женщин, находившихся под наблюдением в ЦСМ Ошской, Таласской и Чуйской областей, в целом показал соответствие практики основным рекомендациям, изложенным в пересмотренном клиническом протоколе по ведению физиологических родов (Таблица 20). Однако во всех трех регионах на основе проведенного анализа были отмечены те или иные недостатки, как в содержании предоставляемых услуг, так и при ведении медицинской документации.

Таблица 20. Процент соответствия практики рекомендациям клинического протокола, в %

Критерии	Всего, n - 223
Сроки взятия на учет	81,2
Количество посещений до родов	
<i>менее 5 визитов</i>	42,6
<i>5-6 визитов</i>	44,4
Измерение АД	92,8
Измерение высоты стояния дна матки / Гравидограмма	96,0

Критерии	Всего, n - 223
Определение уровня гемоглобина при каждом визите	45,3
Анализ мочи на наличие протеинурии	
<i>2-5 анализов</i>	70,0
<i>6-9 анализов</i>	16,6
Анализ мочи на наличие бактериурии	12,1
Группа крови	91,0
Резус-фактор	90,5
RW	96,8
ВИЧ	96,9
УЗИ	
<i>1-2 исследования</i>	39,9
<i>2-3 исследования</i>	31,8
Проведение бесед	
<i>Гигиена беременных</i>	60,9
<i>Социально-бытовые условия</i>	70,9
<i>Питание беременных</i>	70,4
<i>Партнерские роды</i>	34,1
<i>Грудное вскармливание</i>	54,7
<i>Планирование семьи</i>	48,9
<i>Тревожные признаки при беременности</i>	40,4
<i>План родов</i>	7,6
Назначение лекарственных препаратов	
<i>Фолиевая кислота</i>	59,9
<i>Калия йодид / Йодомарин</i>	75,3
<i>Препараты железа</i>	63,1

Данные показывают довольно высокий процент раннего взятия на учет беременных женщин (85,4%, 77,4% и 80,9% в Ошской, Таласской и Чуйской областях соответственно). Однако по признанию самих медработников, на практике достаточно сложно обеспечить раннее взятие на учет из-за высокой мобильности населения (особенно в Ошской и Таласской областях). Обращает на себя внимание факт, что в части обменных карт даты взятия на учет и даты первых записей и лабораторных тестов значительно разнятся. Кроме того, отмечается достаточно резкое снижение этого показателя в целом по КР в течение последних двух лет (с 73,8% в 2009 году до 52,1% в 2011 году, Рисунок 1), что скорее связано с ослаблением внимания или пересмотром важности раннего взятия на учет беременных среди медицинского персонала. Анализ обменных карт показал, что почти половина беременных женщин имеют 5-6 визитов в течение беременности (наилучшие показатели в Таласской области – 66,3%), что полностью соответствует рекомендациям клинического протокола. Однако следует принять во внимание, что довольно высок процент женщин, имевших менее 5 визитов (особенно в Чуйской области

– 31,9%). Что касается Ошской области, то при проведении интервью с роженицами и родильницами многие из них отмечали, что они посещают врачей ежемесячно, т.е. чаще, чем было отмечено в обменных картах.

Предоставление отдельных видов услуг по регионам требует дальнейшего улучшения. Например, в отобранных ЦСМ Чуйской области АД у беременной женщины измеряется при каждом визите только в 84,8% случаев. Осмотр состояния плода во всех регионах проводится регулярно (все показатели более 90%). Однако практически не используются возможности такого важного инструмента для своевременной оценки отклонений в течении беременности и развитии плода как гравидограмма. Так, например, результаты измерения высоты стояния дна матки наносились на гравидограмму крайне редко.

Клинический протокол не содержит рекомендаций по обязательному проведению ОАК при каждом визите беременной женщины. Однако, например, в Ошской области этот процент составил 94,4%. Кроме того, уровень гемоглобина значительно варьирует от анализа к анализу, что может быть связано как с качеством работы лабораторий, так и с нерегулярностью приема препаратов железа беременной женщиной. Процент распространения анемии в среднем составил 58,3%, из них средне-тяжелого и тяжелого течения 33,2% и 6,7% соответственно. При этом, процент назначения железосодержащих препаратов составил 48,9%, 82,9% и 55,3% соответственно в Ошской, Таласской и Чуйской областях, т.е. в некоторых случаях при наличии показаний препараты не назначаются, а в других случаях, наоборот, назначаются с профилактической целью. Также возникает вопрос с продолжительностью курса лечения. В большей части случаев железосодержащие препараты назначаются на 10 дней, отмена проводится, как только появляется первый анализ крови с указанием уровня гемоглобина выше 100 г/л. Но, с учетом того, что препараты железа довольно дорогие, и их приобретение напрямую зависит от финансовых возможностей самой женщины, то регулярность и длительность приема препарата отслеживается медицинским работником не так строго.

Анализ мочи на наличие белка проводится на регулярной основе в 86,6% случаев. Однако процент выявления протеинурии значительно варьирует в разрезе регионов (41,1%, 4,7% и 27,7% в Ошской, Таласской и Чуйской областях соответственно). Очень низкий показатель, выявленный в Таласской области, требует оценки качества проводимых лабораторных тестов. Также скрининг бактериурии, рекомендуемый для проведения во время первого визита беременной женщины, проводится только в 12,1% случаев, что скорее связано ограниченными возможностями лабораторной службы. Например, в Таласской области только 2,3% женщин прошли данное тестирование.

Следует отметить, что при проведении опроса медицинского персонала родильных отделений стационаров, была отмечена важность наличия информации по группе крови и резус-факторе, т.к. при необходимости экстренного переливания препаратов крови это значительно экономит время. Самый низкий процент по этим тестам был отмечен в Ошской области (80% и 78,9% соответственно).

Низкий процент или отсутствие дополнительных лабораторно-диагностических исследований в Таласской и Ошской областях (7% и 0% соответственно) при наличии сопутствующих заболеваний и госпитализаций в анамнезе беременных женщин, а также с учетом информации, полученной в ходе интервью с медицинским персоналом как на уровне ПМСП, так и на уровне стационаров о широком распространении урогенитальной патологии, не диагностированных случаев ИППП и др. скорее свидетельствует о

проблемах в доступности к различного рода лабораторно-диагностическим услугам, включая УЗИ. Так, например, мазок на флору назначался в основном в Чуйской области.

Поскольку соотношение женщин со средним и высшим образованием продолжает меняться, и в настоящее время женщины имеют преимущественно среднее образование (68,9%, 61,6% и 70,2% в Ошской, Таласской и Чуйской областях соответственно), то предоставление полноценной и доступно изложенной информации о различных аспектах беременности, родов и ухода за новорожденным приобретает особую актуальность. Анализ записей обменных карт показывает, что данное направление работы требует улучшения. Следует отметить, что наилучшие результаты по проведению бесед и консультирования были продемонстрированы в Таласской области, где почти по всем темам был высокий процент охвата (от 51,2% до 91,9%). Самые низкие проценты по проведению бесед и консультирования беременных женщин были в Ошской области (от 11,1% до 47,8%). По всем трем регионам отмечены низкие проценты охвата по таким темам, как «Партнерские роды» (от 11,1% до 51,2%). Важность данной темы была отмечена специалистами родильных отделений стационаров, т.к. если партнер приходит на роды неподготовленным, то на месте его обучать уже не представляется возможным. Помощь и поддержка от партнера в таких случаях, как для роженицы, так и для медицинского персонала оказывается минимальной. В Чуйской и Ошской областях очень низким оказался процент охвата такой темой как «Тревожные признаки беременности» (6,4% и 20% соответственно). Хотя наиболее высокую осведомленность по данной теме демонстрировали роженицы и родильницы, опрошенные в Ошской области. Практически во всех трех областях самым слабым звеном является тема «План родов».

Назначение фолиевой кислоты и калия йодида рекомендуется только в течение первого триместра беременности. С учетом количества женщин, взятых на учет в сроке до 12 недель, охват назначением этих препаратов в целом был удовлетворительным. Перечень дополнительно назначаемых лекарственных препаратов включал в себя преимущественно антибактериальные, противогрибковые, витаминные, спазмолитические и др. препараты.

Оформление карт наблюдения беременных было не совсем удовлетворительным, что затрудняло получение информации по качеству предоставляемых антенатальных услуг. Например, в части обменных карт не были заполнены гравидограммы; не указаны дозировки, даты назначения и отмены лекарственных средств, в частности железосодержащих препаратов; отсутствовали записи по предварительной оценке группы риска (Таласская область); при наличии результатов теста на ВИЧ в некоторых обменных картах не было подписанных беременной бланков информированного согласия (чаще в Таласской и Чуйской областях) и др.

6.1.3 Рекомендации

- Усилить работу медицинского персонала в отношении: раннего выявления гипертензивных нарушений у беременных женщин (особенно в Чуйской области); более широкого использования в работе гравидограммы;
- Провести мероприятия по оценке качества и обеспечению условий для соответствующего функционирования лабораторно-диагностической службы, в особенности в отношении диагностики протеинурии, бактериурии, случаев ИППП и др. (особенно в Таласской и Ошской областях);

- Упорядочить рекомендации в отношении показаний для назначения, дозировок и продолжительности приема железосодержащих препаратов беременным женщинам;
- Последовательно улучшать работу по предоставлению информации по беременности, родам и по уходу за новорожденным в форме индивидуального консультирования, бесед или в рамках «Школы подготовки к родам»;
- Проводить регулярный мониторинг качества ведения карт наблюдения беременных на уровне ПСМП с целью более корректного и полного отражения предоставленных услуг по антенатальному уходу.

6.2 Восприятие качества услуг роженицами и родильницами

6.2.1 Общая характеристика опрошенных женщин

Всего было проинтервьюировано 57 рожениц и родильниц, находившихся в родильных отделениях территориальных и областных больниц в отобранных районах Ошской, Таласской и Чуйской областей. Из общего количества женщин 84,2% были в возрасте от 18 до 32 лет, при этом в Ошской области преобладали женщины в возрасте 22 года и меньше (47,8%), а в Таласской и Чуйской областях – две возрастные категории: от 18 до 22 лет (29,4%) и от 28 до 32 лет (29,4%). Образование: высшее – 31,6%, среднее – 63,1%, неполное среднее – 3,5% и без образования – 1,8%. Семейное положение: замужем – 57,9%, нет данных о семейном статусе – 42,1%. В среднем, 35,1% женщин (43,5% и 29,4% в Ошской и Таласской/Чуйской областях соответственно) находились под наблюдением с первой беременностью, 35% - со второй и третьей беременностью, 15,8% - с четвертой беременностью, остальные 14,2% женщин наблюдались по поводу пятой и более беременностей.

6.2.2 Результаты опроса

При опросе основной целью было получение мнения рожениц и родильниц об услугах, полученных в ходе родового наблюдения на уровне ПМСП и родов в родильных отделениях стационаров. Большое внимание уделялось выявлению основных барьеров в доступе к услугам во время беременности, включая возможность приобретения назначенных врачом лекарственных препаратов, осведомленности женщин по различным аспектам течения беременности и родов, вопросам общего восприятия качества предоставляемого ухода. Во время интервью женщинами были отмечены следующие моменты.

- **Компетенция медицинского персонала.** Основная часть опрошенных женщин встали на учет до 12 недель беременности, хотя были и такие, которые обратились к врачу в более поздние сроки (вернулись из России, были в отъезде внутри страны). В селах женщины наблюдаются у врачей ГСВ, но чаще, в силу их отсутствия, наблюдение ведет акушерка, а врач приезжает в ФАП/ГСВ 1 раз в неделю или реже. В районном центре помощь организована по-разному, в одних ЦСМ основное наблюдение проводят врачи ГСВ и, при необходимости, направляют женщину к акушер-гинекологу ЦСМ (если он имеется), в других ЦСМ – основное

наблюдение ведет, наоборот, акушер-гинеколог и, если есть необходимость, беременная перенаправляется к врачу ГСВ (выписать рецепт, и т.д.). Практически во всех регионах было отмечена неудовлетворительная компетенция акушеров ФАП, беременные им не особенно доверяют, ими не проводятся подворовые обходы, нет бесед (например, о партнерских, свободных родах и т.д.), если врач не приезжает, то тогда беременная сама едет к нему в районный центр. Часть женщин выразили недовольство работой врачей ГСВ («...ходила к своему врачу ГСВ только для того, чтобы открыть карточку, получить какие-нибудь направления, если надо. Сама она тоже особо меня ни о чем не спрашивает, нет заинтересованности... поэтому я все время приезжаю наблюдаться к врачу в область... Мне кажется, раньше было лучше, когда беременных наблюдал акушер-гинеколог...»). Несмотря на разный уровень компетенции, беременные отметили, что все необходимые замеры (АД, вес, измерения размеров) и тесты проводились медицинским персоналом регулярно. Был также отмечен дефицит других специалистов (кардиолог, нефролог, и др.), за их консультацией, в случае необходимости, приходится ездить в область. Практически все женщины отметили более высокую квалификацию врачей стационаров, когда на все вопросы можно получить более исчерпывающие ответы.

- **Доступность лабораторно-диагностических услуг на ПМСП.** Беременные отметили, что практически при каждом ГСВ можно сделать ОАК, ОАМ бесплатно. Эти же анализы на уровне районных ЦСМ делают уже на платной основе, в среднем ОАК – 15-30 сом (0,3-0,6 USD), ОАМ – 30-40 сом (0,6-0,8 USD). В частных лабораториях – 50-60 сом (1,1-1,3 USD), их преимущество в том, что результаты анализов можно получить через 2 часа, что очень удобно, если женщина проживает вне районного центра. Такие анализы, как RW/HIV, женщины обычно сдают через районный ЦСМ или направляются в Центры СПИД, часть женщин отметили, что за анализ платили. Для прохождения УЗИ все женщины едут в районный или областной центры. При прохождении УЗИ-исследования при ЦСМ женщины в разных регионах платили от 30 до 70 сом (0,6-1,5 USD), но чаще УЗИ аппараты там не работают или их нет. В этих случаях женщины обращаются в частные кабинеты, где стоимость исследования примерно составляет от 100 до 200 сом (2,1-4,2 USD). Анализы на бактериальные посевы обычно проводят только на областном уровне на платной основе.
- **Доступность назначенных лекарственных препаратов.** Опрошенные женщины отметили, что принимали йод-содержащие препараты, фолиевую кислоту и железо-содержащие препараты. Но были и такие, которые встали на учет позже 12ти недель, и препараты им не были прописаны, одна женщина отметила, что встала на учет вовремя, но узнала, о том, что надо принимать эти препараты не от своего наблюдающего врача. Основную трудность большая часть женщин испытывала при необходимости приобрести препараты против анемии. Разными женщинами были озвучены разные суммы: «250 сом на 20 дней» (5,3 USD), «1600 сом на курс лечения» (33,8 USD) и др. Часть женщин совсем не была информирована о Дополнительной Программе ОМС, часть женщин сказали, что им отказали в льготном рецепте из-за отсутствия страховки. Среди опрошенных не оказалось ни одной женщины, купившей препараты железа со скидкой по льготному рецепту.

- **Информированность женщин по вопросам безопасного материнства** разнится от региона к региону. Так, например, в Ошской области женщины лучше были осведомлены по вопросам ВИЧ-инфекции, тревожных признаках беременности, но реже могли ответить, какие именно препараты им назначались и почему. В Таласской и Чуйской областях, часть респонденток не знали, что сдавали кровь на ВИЧ, RW, или знали, но не были информированы по вопросам, которые должны освещаться во время до-тестового и после-тестового консультирования, сравнительно хуже по сравнению с респондентами из Ошской области перечисляли опасные признаки беременности. С разной частотой назывались темы по питанию, гигиене беременной, грудному вскармливанию и партнерским родам. Что касается «Школы матерей», многие респонденты (особенно проживающие в селах) даже не слышали об их существовании, всю информацию получали во время посещения своего наблюдающего врача. Один женщина отметила, что посещала частную «Школу подготовки к родам» (100 сом одно занятие, 2,1 USD).
- **Условия во время родов.** Что касается услуг в стационаре, женщины отмечали, что в целом условия удовлетворяют, нравится, что везде тепло, ребенок рядом, некоторые неудобства были связаны с тем, что теплая вода обычно имеется только в коридоре (на районном уровне), один туалет на отделение и иногда образуется очередь. При опросе респонденты отмечали, что с ними проводили беседы по разным темам (грудное вскармливание, о рисках в послеродовом периоде и в каких случаях необходимо обращаться в стационар и др.). Около 50-60% женщин по регионам отметили, что «...не нравится новый метод родов...», он воспринимался ими как «...я долго не могла родить, ко мне не подходили...», «...я была с родственницей, но мне все равно было беспокойно, когда рядом кто-то из врачей или медсестер чувствуешь себя более уверенней...», «...акушерка была рядом, но у меня все равно был разрыв...» и т.д. Хотя родильницы более молодого возраста реагировали более нейтрально, или были всем довольны. На районном уровне женщины поступали чаще в родильное отделение соответствующей территориальной больницы, при наличии каких-либо рисков (например, риск рождения маловесного ребенка) они сразу получали рекомендацию ехать рожать в областной центр. Согласно информации, представленной родильницами об их опыте родов, выяснилось, что чем выше уровень оказания помощи, тем чаще принята практика, когда беременная женщина или ее родственники предварительно договариваются с врачом о помощи во время предстоящих родов. При этом эти услуги оплачиваются, были озвучены суммы для областного уровня – от 2000 до 5000 сом (43,3 – 105,7 USD). Кроме этого роженицы обычно приносят с собой в роддом перчатки, лампочки, бумажное полотенце, жидкое мыло, тетрациклиновую мазь, и с дорогой, питанием, одеждой и памперсами для ребенка в целом выходит около 3000 сом (63,4 USD).

В целом, опрошенные женщины во всех регионах были больше удовлетворены качеством услуг во время родов в стационарах, по сравнению с услугами, полученными во время дородового наблюдения на ПМСП.

6.2.3 Заключение

Одним из важных факторов, определяющих и влияющих на восприятие качества, на основе мнений опрошенных респондентов, является, прежде всего, профессиональный уровень медицинского персонала. Отметим, что более критические замечания были

высказаны женщинами более старшего возраста, с опытом родов в прошлом, имеющими высшее образование и лучше умеющими артикулировать свои потребности.

Уровень осведомленности женщин также напрямую зависит от профессионализма медицинского персонала, знания ими вопроса, умения терпеливо и в доступной форме предоставлять ключевую информацию. Так, недовольства «новым методом родов» скорее также связаны с недостатком информации (во время дородового периода) о его преимуществах, как для матери, так и для будущего ребенка. Было очевидно, что в большей части случаев роды на районном уровне не планируются. Так, одна из опрошенных женщин с большим перерывом между двумя последними родами отметила, *«...своих двоих детей я рожала на кресле, а последнего ребенка – по-другому, теперь оказывается так рожают...»*. При изучении обменных карт беременных именно по теме «План родов» были получены самые низкие результаты. Также недостаточно внимания уделяется подготовке партнеров.

Во время дородового периода женщины несут расходы за лабораторные тесты, даже базовые (ОАК, ОАМ), которые должны проводиться бесплатно. Следует отметить, что согласно Постановлению Правительства КР от 12 июня 2012 года №401 были внесены изменения и дополнения в порядок оказания услуг в рамках ПГГ. Новое Постановление предусматривает освобождение беременных женщин от какой-либо оплаты при проведении УЗИ. Однако в ходе исследования выяснилось, что, несмотря на проведенные со стороны ФОМС разъяснения, на местах Постановление интерпретируют по-разному. Так, в одних районах начали проводить УЗИ на бесплатной основе, в других, наоборот, стали брать 100% оплату.

Опрос женщин также показал, что на фоне широкого назначения железосодержащих препаратов идет достаточно слабый контроль за соблюдением схемы лечения при его приеме (дозировка, кратность приема, длительность).

6.2.4 Рекомендации

- При проведении индивидуального консультирования беременной женщины и занятий в «Школе матерей» уделить внимание улучшению качества обучения по таким темам, как «Партнерские роды» (с привлечением партнеров) и «План родов»;
- Для ведения работы в рамках «Школ матерей» предусмотреть отдельный персонал, для того, чтобы была возможность достаточно уделять время беременной женщине, «услышать» ее потребности и ответить на все вопросы;
- Обеспечить улучшенный доступ к УЗ-исследованию на районном уровне.

6.3 Факторы, оказывающие влияние на качество предоставляемого антенатального ухода

На уровне ПМСП были опрошены руководители ЦСМ, координаторы по материнству, врачи ГСВ и акушер-гинекологи. Респондентами были обозначены следующие факторы, отрицательно влияющие на качество антенатального ухода.

6.3.1 Социально – экономические условия

- **Трудовая миграция.** По стране, особенно в южном регионе, высок уровень трудовой миграции населения, как внутренней, так и внешней. Женщины, выезжающие на работу в Россию и Казахстан, при наступлении беременности, как правило, не наблюдаются у врача из-за дороговизны медицинских услуг, а в сроке 37-38 недель стараются вернуться в Кыргызстан для родов. Приезжают без документов, практически без дородового наблюдения, нередко с осложнениями.
- **Высокий уровень не диагностированных случаев ИППП** среди населения, включая женщин детородного возраста. Опрошенные специалисты также связывают это с миграцией. Ситуации, когда один из супругов все время в отъезде, дороговизна диагностики и лечения, низкий уровень осведомленности о симптомах, способствуют увеличению числа недиагностированных или недолеченных случаев ИППП. Респондентами отмечено, что беременность, наступившая на фоне различных инфекций (например, цитомегаловирусная инфекция, герпетическая инфекция, гарднереллез, и др.) приводит к увеличению числа патологий у женщины и ребенка (внематочные беременности у первородящих, частые выкидыши, мертворождение, замерший плод, внутриутробные инфекции, и др.). Специалисты считают, что необходимо наладить работу по оздоровлению населения, проведение профилактических осмотров в школах, среди организованной и неорганизованной молодежи на предмет выявления различных инфекций урогенитальной системы.
- **Отсутствие регистрации в Социальном Фонде** было обозначено как проблема респондентами во всех отобранных регионах, т.к. именно этот фактор обуславливает ограниченный доступ беременных женщин к различным льготам, например, в рамках Дополнительного Пакета ОМС. Происходит это по следующим причинам: (i) в силу ограниченности трудовых мест женщины согласны работать на любых, зачастую низкооплачиваемых видах работ, без официального зачисления и трудовых книжек. Соответственно нет регистрации в Социальном Фонде, нет отчислений, как от работодателя, так и от самой работницы; (ii) в регионах большая часть женщин вовлечена в ведение подсобного хозяйства (земледелие, уход за домашними животными). Однако в Социальном Фонде обычно зарегистрировано только имя владельца земельного надела, в то время как должны быть указаны все члены семьи. Т.е. на каком-то этапе идет неполная регистрация (либо на уровне местных государственных администраций/айыл-окмоту, либо на уровне Социального Фонда), из-за чего незарегистрированные члены семьи лишаются права доступа к имеющимся государственным льготам; (iii) низкий уровень информированности среди населения о возможности приобретения социального полюса, который давал бы доступ к льготам даже при занятости в неформальном секторе.
- **Отсутствие социальных льгот для будущих матерей.** Респондентами было отмечено, что будущие матери не получают каких-либо социальных льгот по беременности. При этом такие льготы государством предусмотрены, имеются попытки проведения работы в этом направлении, но недостаточно эффективные в силу разных причин, включая низкую информированность самих женщин о таких льготах, отсутствие у них требуемого набора документов, недостаточную отзывчивость государственных структур и т.д.:

«...еженедельно директор и местное руководство запрашивают список, заслуживающих внимание и помощь беременных женщин, но нет никакой потом реакции и действий....» (фрагмент интервью)

- **Недооценка важности соблюдения принципов рационального питания среди населения.** Респонденты во всех отобранных регионах отметили низкий уровень жизни населения, что не позволяет им обеспечить полноценное питание, включающее достаточное количество белка и витаминов, в том числе и для беременной женщины в семье. В то же время практически все семьи в подсобном хозяйстве выращивают широкий набор фруктов и овощей, готовят многие виды мясо-молочной продукции, но все идет на продажу для получения выручки. При этом, семьи (даже более или менее живущие в достатке) продолжают питаться однообразно, употребляя в пищу менее полезные продукты (макароны, хлеб и т.д.). Надо признать, что отсутствует работа по информированию и широкой пропаганде основ рационального питания среди населения, для того, чтобы обозначить значимость правильного питания и развить способность составлять сбалансированный рацион из имеющегося набора продуктов.
- **Рост числа ранних браков.** В регионах было отмечено увеличение числа ранних браков в течение последних 2-3 лет (в 15-16 лет). По мнению респондентов, видимо, для родителей девушек такой путь представляется более выгодным (не надо тратиться на дальнейшее ее образование, пропитание и волноваться за ее судьбу в будущем). При этом молодая женщина крайне зависима от мужа, свекрови и не может принимать самостоятельных решений в отношении своего здоровья и расходов, связанных со здоровьем. Кроме того, в регионах нет условий соблюдать щадящий режим труда при наступлении беременности, практически все женщины продолжают работать на поле или принимать участие в уходе за домашними животными, тяжелые нагрузки влияют на нормальное течение беременности, способствуют наступлению выкидышей или преждевременных родов.

6.3.2 Система здравоохранения и ее функционирование

Медицинские кадры

- **Обеспеченность и ее влияние на практику.** Значительная нехватка врачей ГСВ приводит к большой их загруженности, как приемом пациентов, так и заполнением необходимой медицинской документации (карточка, рецепт, журналы, клиничко-информационные формы (КИФы), и т.д.).

«...С 1998 по 2005 годы работали по принципу “Семейной Медицины”, а последние 7 лет работаем как фельдшера из-за большой нагрузки...»

(фрагмент интервью)

«...Приоритет первички – на словах, на деле этого нет...»

(фрагмент интервью)

Практически все опрошенные врачи ГСВ отметили, что не имеют возможности уделить достаточно времени на беседы с беременной женщиной из-за очередей. Кроме того, поскольку большой процент молодых и неподготовленных мам, то к некоторым темам необходимо возвращаться несколько раз для того, чтобы информация ими была воспринята правильно. Респонденты говорили о том, что появление пересмотренных клинических протоколов значительно облегчает практику, но в тоже время выражали беспокойство, что нет обязательных посещений непосредственно перед родами (*«...в Клиническом протоколе нет обязательных посещений после 36 недель, а как с отеками и АД? Надо почаще...»*, фрагмент интервью). Также многие респонденты (те, кто по прежней специальности был терапевтом или педиатром) считают, что на уровне ПМСП все же обязательно должен быть акушер-гинеколог, т.к. порой им бывает очень сложно разобраться в различного рода акушерско-гинекологической патологии. Акушер-гинекологов на уровне ЦСМ обычно не хватает или нет. Низкая обеспеченность осложняется еще текучестью уже более или менее обученных кадров.

«...Например, молодые врачи уходят работать в фармакологические фирмы, т.к. там платят 15-20 тыс.сом (317,1 – 422,8 USD), а врачу со стажем – 10-12 тыс.сом (211,4 – 253,7 USD). Теперь сняли коэффициент 1,7 за участковость и сельский коэффициент...»

(фрагмент интервью)

- **Слабая система мотивации для повышения квалификации.** Респондентами было отмечено, что при проведении обучения по антенатальному уходу были привлечены не все врачи ГСВ и, в основном, акцент был сделан на бывших акушер-гинекологах (особенно в Ошской области). Респондентами (из числа ответственных по здоровью матери) было высказано мнение, что на уровне ПМСП нет особой системы мотивации для постоянного и самостоятельного повышения квалификации. Так, например, *«...деньги не идут за пациентом, поэтому нет стимулов прилагать дополнительные усилия...»*, *«...врачи ГСВ проходят регулярно аттестацию, но из 1000 вопросов там всего несколько вопросов по акушерству, в результате теряется квалификация...»*. Кроме того, *«...семейным врачам не дается путевка на обучение по акушерству-гинекологии, да и самим врачам невозможно оторваться из-за нагрузки...»*.
- **Обучающие мероприятия: качество и последующий мониторинг.** Обучающих мероприятий для врачей и медицинских сестер ГСВ проводят достаточно, но, по признанию респондентов (из числа координаторов по здоровью матери) *«...они все знают, но практических навыков нет...»*. Многие положительно отзывались о работе АГСВиСМ по внедрению системы непрерывного повышения качества (СНПК), которая проводилась в 2009 – 2011 годы. Работа предполагала обучение врачей и медицинских сестер, обеспечение информационными буклетами по питанию, опасным признакам при беременности и т.д., а также регулярный, ежеквартальный мониторинг деятельности. Именно такой подход и позволял значительно улучшить показатели.

Доступность и качество отдельных видов услуг

- **Лабораторно-диагностические услуги.** Респонденты выразили беспокойство по поводу низкой квалификации лаборантов на уровне ПМСП, поскольку не раз отмечены факты, когда результаты одних и тех же анализов, проведенных в ЦСМ и в других лабораториях (в стационаре или частных) отличались друг от друга (*«...отмечаются погрешности при диагностике анемии, не показывают белок в моче...», фрагмент интервью*). Кроме того, врачи ГСВ отметили, что зачастую УЗИ – аппараты при ЦСМ не работают, и беременные женщины ходят на обследование в частные кабинеты. При этом качество обследования тоже требует контроля. Была отмечена важность доступности УЗИ и других обследований на дородовом этапе для ранней диагностики различных врожденных патологий плода (например, головного мозга, кишечника, и т.д.) с целью предупреждения рождения детей с врожденными уродствами.
- **Доступность льгот в рамках Дополнительной программы ОМС для беременных женщин.** Ответственность по подтверждению наличия действующего статуса застрахованности лежит на плечах врачей ГСВ, что, по мнению самих опрошенных врачей, не совсем правильно.

«...Определение статуса застрахованности тоже висит на шее врачей, надо это передать паспортным столам, Социальному Фонду, Министерству социального обеспечения...»

(фрагмент интервью)

Респондентами в основном был поднят вопрос о том, что не все пациентки имеют возможность полноценно принять курс железосодержащих препаратов при анемии из-за их дороговизны. Процент незастрахованных женщин довольно высок (до 40-50% по регионам), что не позволяет им воспользоваться льготами в рамках Дополнительного Пакета ОМС. Отдельные врачи выразили мнение, что препараты железа должны *«...раздаваться бесплатно как гуманитарная помощь всем, вне зависимости от наличия документов. Женщину надо заинтересовывать – пропустишь прием – не выплатят, например, пособие...»* (фрагмент интервью).

- **Низкий охват и качество работы «Школы матерей».** В соответствии с Приказом МЗ КР № 117 от 19.03.2012 повсеместно при ЦСМ были открыты «Школы подготовки к родам». Для этой цели обычно отводится один кабинет, оснащение данных кабинетов в разных регионах идет из разных источников (международных организаций, например, UNFPA в Таласской области и др., или за счет средств самих организаций). В перечень оснащения входит мебель, ковры, шары, информационный материал, в отдельных кабинетах видеоаппаратура. Ответственными за деятельность в рамках Школ обычно являются акушерки, акушер-гинекологи или врач ГСВ. Программа Школы включает 6 занятий, где беременной и ее партнеру предоставляется вся необходимая информация о беременности, родах и послеродовом периоде. Респондентами были отмечены следующие проблемы в работе Школ матерей:

- (i) В некоторых ЦСМ из-за нехватки персонала данная работа ведется по совместительству либо врачами ГСВ, либо средним медицинским персоналом. В этом случае, специалисты не успевают проводить обучение

в полном объеме, например, просто дают информационный материал для самостоятельного изучения;

- (ii) Специалистами был отмечен дефицит информационных материалов;
- (iii) Школы матерей, как правило, открыты при ЦСМ, т.е. в районном центре, и не доступны для основной части женщин, проживающих вне районного центра. При опросе некоторые пациентки отмечали, что слышали о такой Школе, но не имели возможность ее посещать из-за отдаленности;
- (iv) Охват обучением остается низким, беседы с женщиной проводят по обращаемости, даже те, кто проживает в районном центре, не приходят.

Специалисты были единодушны в том, что качество работы Школ требует еще значительного улучшения.

Работа с населением по вопросам здоровья

- **Необходимость проведения профосмотров.** Врачи ГСВ и акушер-гинекологи на уровне ПМСП подчеркивают важность мер по оздоровлению населения, поскольку многие осложнения беременности и случаи смерти происходят именно на фоне сопутствующей патологии (воспалительные заболевания урогенитальной сферы, инфекционные заболевания, и др.). Считают, что профилактическую работу надо начинать проводить уже в школах.

«...недавно мы провели профосмотр среди девочек 10-11 классов, из 26 осмотренных девочек был выявлен пиелонефрит у 6х, нарушение менструального цикла и воспалительные заболевания женских органов - у 7х...»
(фрагмент интервью)

- **Недооценка населением важности вопроса по обеспечению безопасного материнства,** о чем свидетельствует низкая поддержка со стороны айыл-окмоту, семьи и общества в целом для беременной женщины.

«...Умирают в основном из бедных семей, живут в горах, в холодных условиях, или живут не по прописке и на учете не состояли, питание беременной женщины никакое, мяса в рационе почти нет, рожают до мальчика...»
(фрагмент интервью)

«...летом женщины заняты на полевых работах, здоровьем занимаются осенью. В гинекологии идет сезонная госпитализация...»

(фрагмент интервью)

Было высказаны мнения о необходимости повышения осведомленности населения в целом. При этом для информирования о безопасном материнстве использовать рекламные заставки на телевидении («...вместо картинок с природой...»), усилить преемственность в работе ГСВ, КУЗ (Кабинет укрепления здоровья) и СКЗ (Сельские комитеты здоровья), поддерживать КУЗы и СКЗ и работать через них с населением по вопросам здоровья матери.

6.3.3 Заключение

Таким образом, опрошенные респонденты одним из основных факторов, оказывающих существенное влияние на качество антенатальных услуг на уровне ПМСП, назвали обеспеченность кадрами (врачами ГСВ, акушер-гинекологами, средним медицинским персоналом), должным образом обученных, мотивированных, чья деятельность постоянно контролируется на основе определенных показателей. Следует отметить, что основная часть опрошенных респондентов из числа врачей ГСВ была пенсионного и предпенсионного возраста, и, похоже, существующая ситуация не имеет особого потенциала в плане дальнейшего улучшения качества предоставляемых услуг, как по медицинским, так и по социальным вопросам, по следующим причинам: (i) часть врачей вне зависимости от наличия или отсутствия стимулов уже работают с максимально возможной нагрузкой (*«...сама болею, но даже больничный не могу взять, весь день принимаю пациентов, а после - сама принимаю капельницы...»*, фрагмент интервью), (ii) у других – сформировалось крайне формальное отношение к своим обязанностям, стойко считают, что здоровьем матери должны заниматься только акушер-гинекологи, нет мотивации к обучению (не помнят дат и тем тренингов, которые проходили в текущем году, хотя принимали в них участие). Некоторые респонденты, опрошенные в Ошской области, видели резерв в большем привлечении потенциала медицинских сестер (*«...медсестер у нас достаточно, уровень знаний разный, поэтому их надо принимать на конкурсной основе и проводить аттестацию 1 раз в год...»*). Притока молодых врачей, со слов опрошенных респондентов, особого нет, механизмы привлечения надо менять и совершенствовать.

Специалисты на ПМСП используют очень базовые лабораторные тесты (ОАК. ОАМ), но и их качество оказывается не на должном уровне из-за низкой квалификации лаборантов. Недоиспользованными остаются диагностические возможности УЗИ (в плане выявления внутриутробной патологии), а также врачей беспокоит низкая доступность в финансовом плане лабораторных услуг по диагностике ИППП (например, стоимость диагностики на 4 наиболее распространенные ИППП составляет до 1000 сом (21,1 USD)).

Одной из ключевых задач программы по антенатальному уходу является предоставление в полном объеме всей необходимой информации для беременной женщины, чтобы она могла также принять участие в принятии решений, связанных с безопасной беременностью и безопасными родами. Результаты исследования показывают, что в этом направлении еще многое предстоит сделать. По признанию отдельных респондентов, *«...школы матерей открыты, но открытие во многих организациях пока формальное...»* (фрагмент интервью). Практически во всех отобранных организациях здравоохранения имелись специально выделенные кабинеты для «Школ матерей», уровень оснащенности был разный, но ни разу не удалось увидеть «Школу» в действии, т.е. или кабинет был закрыт на ключ и его открывали, чтобы продемонстрировать оснащение, или на месте не было ответственного сотрудника, или ответственный (врач, медсестра) рассказывал, как они работают, порой подходы в работе были вынужденными и не всегда должного качества (например, *«...здесь у нас есть информационный материал, плакаты, мы поместили их на стену, когда беременная женщина приходит, она сама их читает, потому что мне бывает некогда проводить с ней беседу...»*, фрагмент интервью). Однозначно к работе по предоставлению информации по безопасному материнству самой беременной женщине и населению в целом необходимо широко привлекать дополнительные ресурсы – кадровые, с предварительным обучением

(СКЗ, студенты медицинских ВУЗов и колледжей, волонтеров и т.д.), и информационные (СМИ и др.).

6.3.4 Рекомендации

- Проработать механизмы по дополнительному привлечению врачей и медицинских сестер для ПМСП в регионах, возможно целенаправленно для работы по охране здоровья матери;
- Проработать механизмы по более полному использованию потенциала среднего медицинского персонала с расширением их функций в отношении здоровья матери (проведение подворовых обходов, бесед, частично – помощь в решении социальных вопросов и т.д.);
- Обеспечение полного охвата специалистов ПМСП (вне зависимости от прежней специальности) обучением эффективному антенатальному уходу с обеспечением последующего регулярного мониторинга их деятельности;
- Выборочно провести сравнительную оценку результатов проводимых базовых тестов (ОАК, ОАМ, и др.) в лабораториях, находящихся на одной территории (например, районный ЦСМ и ТБ, и имеющиеся частные лаборатории) с целью выявления/подтверждения причин отмеченных расхождений. При необходимости обеспечить охват программами по повышению квалификации лаборантов ПМСП;
- Инициировать работу среди соответствующих структур (айыл-окмоту, ФОМС, Социальный Фонд, и др.) и населения по обеспечению максимально полной регистрации женщин по регионам в Социальном Фонде для обеспечения их последующего доступа к государственным льготам;
- Рассмотреть возможность по целевому обеспечению беременных женщин из малообеспеченных семей железосодержащими препаратами на весь период беременности на бесплатной основе;
- Проработать стратегию по расширенному проведению информационных кампаний и работе по безопасному материнству среди беременных, их семей и населения в целом.

РАЗДЕЛ 7. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

На уровне территориальных и областных больниц были опрошены руководители организаций, заведующие и врачи родильных отделений. Во время интервью респонденты отметили значительные положительные перемены, которые произошли в ходе реализации программы «Эффективный перинатальный уход» (ЭПУ) (7.1.). Тем не менее, остаются факторы, препятствующие дальнейшему улучшению качества услуг во время родов (7.2.).

7.1 Основные изменения, произошедшие в рамках реализации программы «Эффективный перинатальный уход»

За последние годы произошло значительное улучшение инфраструктуры: открытие и капитальный ремонт новых родильных залов, замена и утепление окон, открытие палат интенсивной терапии. Уделялось внимание улучшению водоснабжения в отделениях и палатах, в разных организациях вопрос решен по-разному, в основном - частично (например, подача воды осуществляется только на 2 часа в день, или есть холодная вода, но горячая только в 1-2 точках в отделении). Для обеспечения необходимого температурного режима в отделениях и палатах дополнительно были приобретены обогреватели, также кондиционеры, нагреватели воды, душевые кабины. Значительно обновлено оснащение отделений за счет различных источников (UNFPA, UNICEF, японского гранта, KFW, GTZ, UNIHLP, за счет средств самих организаций здравоохранения и др.), но не во всех организациях: поставлены наркозные аппараты, кислородные концентраторы, обогреватели для новорожденных, кувезы, отсосы, операционные столы. Изменилась практика ведения родов: внедрены такие подходы, как партнерские роды, свободные роды, «чистая рука», активное ведение третьего периода, улучшена первичная реанимация новорожденных. Сократилось число различных осложнений, как мастит, другие гнойно-септические осложнения. В отделениях активно идет обучение по соответствующим темам как акушер-гинекологов, неонатологов, акушеров, так и родильниц. Респонденты отмечают, что значительно повысилась ответственность акушеров. Кроме того, в отделениях проводят регулярный аудит по качеству заполнения историй болезни, проведение аттестаций и увязка их с коэффициентом трудового участия (КТУ). Большую роль в произошедших изменениях респонденты отводят также проведению регулярных разборов случаев материнской смертности и критических случаев в акушерстве, которые несут в себе обучающие элементы, помогают лучше понимать проблемы родильных отделений и в дальнейшем способствуют их решению при полной поддержке руководства организаций.

7.2 Факторы, оказывающие влияние на качество предоставляемого ухода во время родов на уровне стационаров

7.2.1 Организация медицинской помощи

- **Инфраструктура.** Несмотря на произошедшие значительные улучшения, наиболее обсуждаемой респондентами темой остается неудовлетворительное состояние инфраструктуры. Основная часть опрошенных респондентов отметили как одну из основных проблем - недостаток помещений (большое количество коек в

палате), отсутствие в течение длительного времени капитального ремонта, изношенное оборудование, оборудование, включая дыхательную аппаратуру, и инструментарий, не везде обновлены кровати в палатах, нет функциональных кроватей и т.д.

- **Техническое обслуживание оборудования.** Многие руководители отметили такую проблему как техническое обслуживание оборудования, что связано как с не отлаженной системой, недостатком специалистов в регионах, так и отсутствием специально предусмотренных для этих целей средств в бюджете организации.
- **Обеспечение реанимационных услуг** было отмечено как слабое, нет специализированной реанимации для родов, нет мониторов, очень слабая лаборатория, которая не позволяет проводить все необходимые биохимические тесты с нужной периодичностью в течение суток (из-за недостатка персонала, реактивов и т.д.). Кроме того, требуется повышение квалификации по вопросам реаниматологии для медицинских сестер и акушеров.
- **Банк крови.** В 2009-2010 годах закрыли отделы переливания крови при территориальных больницах из-за сложностей с содержанием и обеспечением безопасности крови. К настоящему времени на местах есть проблемы с наличием запаса крови и кровезаменителей, что позволяло бы избежать потерь времени при экстренной необходимости переливания крови. Иметь такой запас могут позволить себе только крупные больницы с достаточным бюджетом, т.к. эти препараты являются дорогостоящими (расходы только на одну женщину могут составить до 15 000 сом, 317,1 USD). Другие больницы, при появлении необходимости, вынуждены обращаться за ней в соседние больницы или ехать в областной центр. Респонденты выразили мнение, что необходимо развитие гемотрансфузиологической службы, где созданы условия для хранения обследованной, безопасной крови и кровезаменителей, и имеются возможности для оказания оперативной помощи в пределах обслуживаемой территории (одна машина скорой помощи и специальная бригада по гемотрансфузии). Кроме того, говорили о недостатке доноров.
- **Регионализация.** В начале 2012 года МЗ КР издало Приказ, согласно которому беременные женщины с наличием определенного перечня состояний или осложнений должны перенаправляться в родильные отделения больниц вышестоящего уровня (областной, национальный). Часть респондентов выразили мнение, что Приказ несколько преждевременный, и его реализация еще требует большой подготовительной работы: улучшение инфраструктуры областных родильных отделений (оснащение палат и родильных залов, укомплектование обученным персоналом и т.д.), налаживание системы перенаправлений в целом. На сегодня часты ситуации, когда родильные отделения на уровне области переполнены («...Рожают недоношенных, невозможно выписывать...», фрагмент интервью).
- **Недостаток транспорта для доставки женщины с районов на областной уровень** также является одной из острых проблем и препятствием для реализации Приказа по регионализации. Имеющийся транспорт старый, часто выходит из строя. Кроме того, имеются проблемы с регулярным обеспечением бензина для выездов

по районам, в тех случаях, когда нельзя транспортировать женщину (например, после операции и т.д.).

- **О деятельности ПМСП, включая Кабинеты по планированию семьи.** Среди основных проблем врачи назвали факт, что существенный процент женщин поступает без карты наблюдения за беременной, или недообследованными. Отметили необходимость усиления работы кабинетов по планированию семьи, Центра репродукции человека и обследования во время раннего дородового периода для сокращения случаев беременности с заведомо высоким риском.

*«...Почему женщины с риском рожают каждый год?»
«...Нет планирования семьи, беременность наступает случайно на фоне низкого индекса здоровья, к беременности не готовят...»*

«...Много сопутствующей патологии, женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, туберкулезом, ревматическим процессом, раньше не разрешали рожать...сейчас исключили роль преморбидного фона...»

(фрагмент интервью)

Также, по мнению опрошенных, квалификация кадров ФАП очень слабая, «...держат женщину 10-12 часов, а потом только отправляют...». Специалисты стационаров хорошо понимают ситуацию, сложившуюся на уровне ПМСП («...Врачи ГСВ – жертвы, на них скинули все...»), в связи с чем, считают, что специалисты первичного уровня не видят и не учитывают всех проблем, и координацию по оказанию помощи надо оставлять за стационаром.

7.2.2 Медицинские кадры

- **Нехватка кадров.** Отмечен недостаток акушер-гинекологов, неонатологов. В родильных отделениях некоторых районов работает по 1 – 2 врача, работают чаще на 1,5 ставки, имеют по 10-12 ночных дежурств в месяц, 15 дней в месяц обязаны оказывать urgentную помощь (которая оплачивается только за фактические часы), не могут взять отпуск или отлучиться надолго из районов. Респонденты считают это проблемой, так как при разборе случаев материнской смертности не раз оказывалось, что нехватка медицинского персонала играла не последнюю роль. Именно по причине нехватки кадров страдает и последующее наблюдение, после того, как родильница выписалась с ребенком домой.
- **Квалификация практикующих врачей и медсестер.** Большая часть респондентов говорили о необходимости повышения квалификации акушер-гинекологов («...из общего числа работающих акушер-гинекологов не все являются оперирующими врачами, многие такими навыками не обладают...»). Были высказаны пожелания по улучшению уровня программ обучения, предпочитают обучаться непосредственно на рабочем месте, в реальных условиях с ежеквартальным мониторингом. Или, если есть такая возможность, в Бишкеке и за рубежом (Россия и др.), чтобы реально получить новые знания и умения.
- **Качество высшего и среднего медицинского образования.** Пожалуй, впервые опрошенные специалисты заговорили и были единодушны в том, что качество

подготовки молодых врачей (особенно на базе медицинского факультета Ошского Государственного Университета) крайне низкое, нет практических навыков, имеются проблемы с этикой и деонтологией («...нет знаний, нет ответственности, нет страха за пациента, не задают вопросов...»). Наставничество, проводимое на фоне недостатка фундаментальных знаний, дает очень скромные результаты. Респонденты высказали мнение, что необходим более жесткий отбор при поступлении в медицинские учебные заведения («...медицинский ВУЗ должен быть недоступен, должны приниматься только те, у кого способности выше...»). То же самое относится к выпускникам медицинских колледжей. Как отмечено, подготовка среднего медицинского персонала проводится в избыточном количестве, знания и навыки слабые, кроме того, среди них наблюдается высокая текучесть. Было озвучено предложение из общего числа медицинских сестер принимать на работу только лучших, отобранных на конкурсной основе, и работать с ними на основе заключения годичного контракта.

- **Защита прав врача.** Опрошенные специалисты считают, что в учебную программу медицинских ВУЗов обязательно должно быть включено изучение законов, должны преподаваться юридические знания. Это связано с тем, что на практике все чаще и чаще возникают спорные ситуации в отношениях «врач – пациент» (например, в случаях отказа родителей от проведения детям иммунопрофилактики, рекомендациях прервать беременность при выявлении внутриутробной патологии плода, и др.). Кроме того, новая статья, включенная в Уголовный Кодекс, как «Непрофессиональное выполнение обязанностей», в некоторых случаях допускает широкое трактование ситуации. Общим мнением было, то, что медицинских работников никто не защищает, не взяла на себя эту функцию и «Ассоциация гинекологов».

7.2.3 Заключение

Обозначая значительный прогресс, который был сделан в последние несколько лет в реализации программы «Эффективный перинатальный уход», опрошенные специалисты признавали, что в части акушерства-гинекологии еще многое необходимо предпринять.

Если на уровне ПМСП существенная доля приходилась на факторы, лежащие вне сектора здравоохранения (социально-экономические условия), то на уровне стационарной службы это были больше системные факторы, причем, требующие для своего решения достаточных финансовых вложений, как в инфраструктуру, так и в обучение кадров.

Регионализация – одно из направлений, над разработкой и внедрением которого работают в настоящее время специалисты на всех уровнях. Очевидно, что требуется сбалансированный подход с усилением как родильных отделений/больниц на областном уровне, так и родильных отделений на районном уровне.

Имеется большая потребность в привлечении дополнительных кадров (акушер-гинекологов, акушерок), обучении специалистов, работающих в отделениях, особенно в части приобретения практических навыков, включая свободное оказание неотложной акушерской помощи. В отношении формата обучения специалисты считали, что наиболее эффективными были бы две формы: (i) обучение на рабочем месте с ежеквартальным

мониторингом практики; и (ii) обучение на курсах в Бишкеке или в ближнем/дальнем зарубежье для ознакомления с более высокими стандартами помощи.

Большую тревогу у опрошенных специалистов вызывает вопрос, связанный с уровнем подготовки выпускников медицинских ВУЗов (особенно на медицинском факультете Ошского Государственного Университета) и медицинских колледжей, а также снижение эффективности работы Кабинетов по планированию семьи.

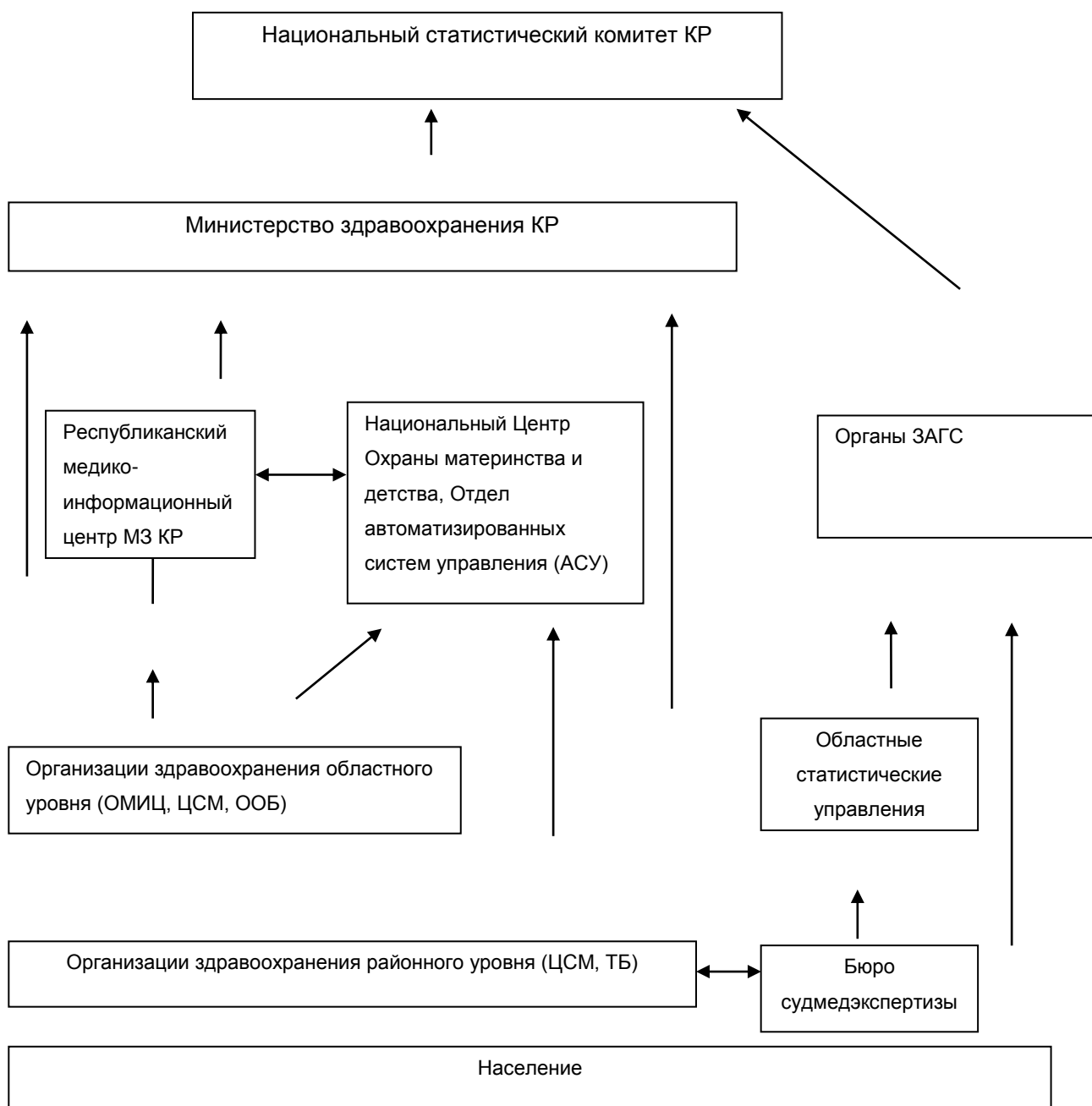
7.2.4 Рекомендации

- Дальнейшая реализация мероприятий по исполнению Приказа МЗ КР по регионализации, включая улучшение инфраструктуры и адекватное обеспечение транспортом;
- Рассмотреть возможности для улучшения обеспечения родильных отделений территориальных больниц запасами крови и кровезаменителей;
- Обеспечение полного охвата специалистов родильных отделений стационаров обучением эффективному уходу во время родов, включая оказание неотложной акушерской помощи, с обеспечением последующего регулярного мониторинга их деятельности;
- Провести оценку организации учебного процесса и качества подготовки интернов и клинических ординаторов по специализации «Акушерство и гинекология» с целью дальнейшего их усовершенствования;
- Рассмотреть возможность введения конкурсного отбора при приеме на работу среднего медицинского персонала с последующим заключением одногодичных контрактов;
- Активизировать работу Кабинетов по планированию семьи на уровне ПМСП и увеличить охват по обеспечению женщин репродуктивного возраста средствами контрацепции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Порядок предоставления информации и учетно-отчетных форм

(в соответствии с Приказом МЗ КР № 330 от 24.06.2011 “Об улучшении полноты регистрации, своевременного сообщения в соответствующие инстанции случаев материнской смерти и достоверности показателя материнской смертности”).

Информационные потоки



1. Сведения о женщинах, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода предоставляются в отдел охраны материнства и детства МЗ КР и Отдел АСУ НЦОМид – **в течение 1 суток по телефону**;
2. Форма № 102-1/у - «Сигнальное свидетельство о смерти беременной, роженицы, родильницы», заполняется всеми организациями здравоохранения - **в срок 3 суток с момента смерти**;
3. Отчетная форма № 21 - «Сведения о материнской смертности», заполняется областными организациями здравоохранения – **ежемесячно до 5 числа, следующего за отчетным, месяца**;
4. Медицинская документация (форма 096/у – «Индивидуальная карта беременной и родильницы»; форма 111/у – «История родов»; форма 003/у – «Медицинская карта стационарного больного»; форма 003-1/у – «Медицинская карта прерывания беременности») предоставляется областным координаторам по акушерству и гинекологии - **в течение 6 суток** и в Отдел АСУ НЦОМид - **в течение 10 суток**;
5. Медицинское свидетельство о смерти, заполняется организациями здравоохранения для предоставления родственникам, дубликат передается в органы ЗАГС.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Коэффициент материнской смертности, КР, 1990 – 2011, абс.ц. и на 100 000 живорождений

Год / Область	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
КР	81 62,9	72 55,6	64 49,9	52 44,5	47 42,7	52 44,3	34 31,5	64 62,7	35 33,6	44 42,3	44 45,5	43 43,8	54 53,5	52 49,3	56 50,9	66 60,1	67 55,5	64 51,9	70 55,0	86 63,5	75 51,3	82 54,8
Баткен	- -	- -	- -	- -	- -	- -	2 18,8	1 9,8	1 10,3	2 19,6	3 32,1	3 31,3	4 45,6	3 32,5	4 44,4	4 42,4	4 38,5	8 74,8	7 66,6	5 41,7	8 59,7	9
Джалал- абад	18	9 32,7	8 29,2	20 78,9	10 39,7	9 33,5	6 25,5	7 30,4	7 29,6	13 57,4	10 48,6	9 42,4	13 59,0	13 59,3	15 64,3	17 73,5	20 82,5	8 32,8	17 66,6	11 40,3	9 31,1	11
Иссык- Куль	9	9 75,3	6 51,8	5 46,6	5 53,9	5 50,5	1 11,2	12 145,4	3 35,8	5 58,4	5 59,9	3 35,0	6 69,9	5 54,5	5 50,6	8 87,0	9 91,4	9 89,7	13 123	8 72,0	8 70,4	7
Нарын	6	8 97,9	6 67,0	4 48,8	9 126,8	5 74,2	4 67,2	5 84,9	6 98,2	4 58,5	2 32,4	9 145,5	5 72,5	3 43,9	6 89,4	6 89,6	4 60,5	4 62,3	3 46,2	7 106,0	5 69,6	6
Ош	24	23 48,7	22 45,7	10 22,3	8 18,8	13 27,2	10 30,2	16 51,3	12 38,6	5 20,0	7 31,0	10 44,5	9 39,6	6 25,3	9 37,5	16 66,0	17 64,6	7 26,0	15 54,4	27 93,2	25 78,6	21
Талас	3	7 106,9	4 63,8	1 17,1	1 18,9	2 37,5	1 20,7	2 44,8	1 20,3	2 40,9	2 43,3	2 40,0	6 113,1	6 104,1	6 107,1	5 94,8	2 33,8	7 120,3	3 51,1	4 61,3	6 87,0	3
Чуй	16	10 58,1	15 94,1	8 59,0	3 23,2	6 45,2	3 24,3	6 54,0	3 27,5	4 35,3	7 64,0	4 37,5	5 44,2	11 88,7	6 45,6	6 47,5	7 42,7	13 78,3	6 34,4	11 61,1	10 49,5	14
г.Бишкек	5	6 55,4	3 29,7	4 48,9	11 140,6	12 160,2	7 80,6	15 189,2	2 21,2	5 51,2	7 69,6	2 19,3	2 17,5	4 32,7	3 21,5	213, 5	3 18,3	3 17,3	4 22,0	4 20,4	4 19,4	9
г. Ош	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	4 82,9	1 24,3	1 24,5	4 95,4	1 23,9	2 47,3	2 44,8	1 21,5	5 100,6	2 38,6	9 168,0	-	2

Источник: Национальный статистический комитет, КР

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Коэффициент материнской смертности, КР, 1990 – 2010, на 100 000 живорождений, в разбивке на городскую и сельскую местности

Год	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Кыргызская Республика	62,9	55,6	49,9	44,5	42,7	44,3	31,5	62,7	33,6	42,3	45,5	43,8	53,5	49,3	50,9	60,1	55,5	51,9	55,0	63,5	51,3
Городская местность	66,8	79,8	56,2	48,3	71,6	69,8	52,3	104,2	42,1	45,9	60,3	35,1	43,1	34,5	40,1	47,8	43,1	36,2	43,2	42,6	32,1
Сельская местность	61,3	45,7	47,4	43,2	32,2	35,5	24,0	48,6	30,4	40,9	39,4	47,4	57,9	55,7	56,5	66,0	61,5	59,9	61,2	74,5	61,3