

Высшая школа общественного здравоохранения

УДК 614.2:616-053.31 (574)

На правах рукописи

МИРЗАХМЕТОВА ДИНАРА ДОСАЛЫЕВНА

**Инновационное развитие перинатальной помощи
в Южном регионе Республики Казахстан**

6D110200 «Общественное здравоохранение»

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант:
д.м.н., профессор Каусова Г.К.
Зарубежный научный консультант:
MD, PhD, профессор Падайга Жильвинас

Республика Казахстан
Алматы, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
1 АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (обзор литературы)	9
1.1 Организация перинатальной помощи населению в странах дальнего зарубежья	9
1.2 Организация перинатальной помощи населению в постсоветских странах	14
1.3 Организация перинатальной помощи населению в Казахстане	19
2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
2.1 Программа и организация исследования	31
2.2 Характеристика материала исследования	33
2.3 Методы исследования	37
3 МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ИНДИКАТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА	41
3.1 Демографическая ситуация в Южном регионе Казахстана	41
3.2 Частота и структура перинатальных рисков во время беременности	43
3.3 Частота и динамика акушерских рисков	57
3.4 Частота и динамика материнской смертности	67
3.5 Частота и динамика перинатальной смертности	70
4 ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ	77
4.1 Кадровая и инфраструктурная обеспеченность перинатальной службы	77
4.2 Результаты оценки потребностей целевой группы населения	83
4.3 Оценка основных аспектов перинатальной помощи медицинскими работниками	93
5 МОДЕЛЬ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА	97
6 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МОДЕЛИ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА	121
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	131
ВЫВОДЫ	140
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	142
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	143
ПРИЛОЖЕНИЯ	155

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

CPAP	Constant Positive Airway Pressure
Euro-PeriStat	European Perinatal Health Report
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NFIMR	National Fetal and Infant Mortality Review
PIGF	Placental Growth Factor
ReproQ	Responsiveness in Perinatal and Obstetric Health Care Questionnaire
uDAD	Допплерометрия маточных артерий
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
ВПР	Врожденные пороки развития
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЖК	Женская консультация
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
КЗГ	Клинико-затратная группа
КЗО	Кызылординская область
КМИС	Комплексная медицинская информационная система
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МС	Материнская смертность
НИПТ	Неинвазивный пренатальный тест
ООН	Организация объединенных наций
ОПЦ	Областной перинатальный центр
ОРИТ	Отделение реанимации и интенсивной терапии
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПС	Перинатальная смертность
ПЭ	Презклампсия
РК	Республика Казахстан
РНС	Ранняя неонатальная смертность
СВА	Семейная врачебная амбулатория
США	Соединенные Штаты Америки
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦРБ	Центральная районная больница
ЮКО	Южно-Казахстанская область

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

Одним из наиболее приоритетных направлений в системе здравоохранения Республики Казахстан является охрана материнства и детства. Стратегия развития Республики Казахстан до 2050 года, представленная в 2012 году, рассматривает вхождение Казахстана в тридцатку самых развитых стран мира, что означает дальнейшую потребность в усовершенствовании работы в системе здравоохранения для обеспечения населения качественной, своевременной, доступной медицинской помощью [1].

Казахстан взял на себя выполнение международных обязательств по достижению 4 и 5 Целей развития тысячелетия ООН – снижение материнской и детской смертности [2]. За последние годы в результате целенаправленной политики государства наблюдаются устойчивые тренды снижения уровня материнской (МС) и перинатальной смертности (ПС), однако в настоящее время показатели (15,4 на 100 тысяч живорождений) остаются еще высокими по сравнению со средним уровнем стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (12,0) [3,4].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует контролировать и оценивать удовлетворенность беременных женщин и матерей в вопросах качества и эффективности медицинского обслуживания во время перинатального периода. Перинатальная помощь играет важную роль в снижении младенческой смертности, о чем свидетельствуют факты, что новорожденные без антенатального ухода умирают в пять раз чаще, чем те новорожденные, которые получали дородовой уход. Доступ к дородовому уходу является важным фактором успеха результатов беременности [5].

Центральным звеном в реформировании системы охраны репродуктивного здоровья женщин и родовспоможения в Республике Казахстан (РК) стало создание перинатальных Центров во всех регионах и крупнейших городах страны [6]. В настоящее время в этих высокотехнологичных организациях здравоохранения используются эффективные организационные технологии и клинические практики, основанные на соблюдении международных стандартов специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам [7-9]. Это позволяет обеспечивать снижение рисков развития антенатальной патологии плода, безопасность жизни и здоровья матери и новорожденного во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде [10,11].

На протяжении последнего десятилетия в организации перинатальной помощи в РК произошли системные изменения. В рамках реализации Государственных программ развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» (2011-2015 гг.), «Денсаулық» (2016-2019 гг.), Государственной программы на 2020-2025 гг. внедрены и продолжают внедряться высокоэффективные перинатальные технологии, создана система независимой медицинской экспертизы, сформирована Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ) [12-14]. Наибольшее снижение показателя МС

(в 3,4 раза) наблюдалось в 2011-2012 годы в период внедрения трехуровневой системы оказания перинатальной помощи [15]. Однако, темпы снижения показателя МС в последующие 2013-2017 годы постепенно ослабились, так как география, плотность, внутренняя миграция населения, а также ментальность и культурные традиции по-прежнему детерминируют этот процесс, особенно в условиях высокого уровня рождаемости в Южном регионе страны [16].

К Южному региону Казахстана относятся Алматинская, Жамбылская, Кызылординская (КЗО), Южно-Казахстанская области (ЮКО), особенностью которых является высокий коэффициент рождаемости (22 и выше на 1000 человек), наличие большого количества многорожавших и беременных с коротким интергенетическим интервалом, наличием анемии и других экстрагенитальных заболеваний [3, с. 7]. Регион с высокой рождаемостью требует комплексного системного подхода с разработкой региональной модели службы родовспоможения и детства, основанной на анализе отдельных факторов, влияющих на индикаторы перинатальной помощи.

Одним из инструментов, позволяющим провести модернизацию перинатальной службы Южного региона Казахстана, является повышение качества и доступности медицинской помощи [17,18]. В зарубежной научной литературе встречаются отдельные научные исследования, посвященные деятельности перинатальных Центров и научно-практическому сопровождению развития перинатальной помощи населению [19,20]. Приоритетным направлением развития перинатальной службы должна стать реализация порядка оказания медицинской помощи, внедрение стандартов, современных информационных технологий [21]. Таким образом, для поступательного развития перинатальной помощи Южного региона Казахстана, сохранения и приумножения репродуктивного потенциала, снижения уровня материнской и перинатальной смертности особенно актуальна разработка и внедрение организационно-функциональной модели, которая позволит не только осуществлять динамический мониторинг за достигаемыми результатами, но и обеспечит более эффективное использование имеющихся медико-технологических инновационных ресурсов.

Этими научно-практическими предпосылками предопределяется актуальность выполненного диссертационного исследования.

Цель – разработать и внедрить модель инновационного развития перинатальной помощи Южного региона Казахстана на основе комплексной оценки организации перинатальной помощи.

Для реализации поставленной цели решались следующие задачи:

1. Определить основные тенденции и направления совершенствования систем охраны репродуктивного здоровья и перинатальной помощи в мире.
2. Изучить демографическую ситуацию, перинатальные и акушерские риски, динамику уровня и структуры материнской и перинатальной смертности в Южном регионе Казахстана.
3. Дать характеристику состояния перинатальной помощи на основании изучения кадровой, инфраструктурной обеспеченности и оценки потребностей родильниц и медицинских специалистов в получении и оказании перинатальной

помощи в Южном регионе Казахстана.

4. Разработать и внедрить модель инновационного развития перинатальной помощи Южного региона Казахстана на примере Алматинской, Жамбылской, Кызылординской и Южно-Казахстанской областей.

5. Оценить результативность внедрения модели инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана и рассчитать прогнозные значения материнской и перинатальной смертности при функционировании данной модели в перспективе.

Научная новизна

Дана комплексная оценка основных показателей, характеризующих перинатальные риски и организацию перинатальной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в Южном регионе Казахстана и темпов их изменения.

Определены основные потребности населения Южного региона в получении и возможности оказания перинатальной помощи системой здравоохранения.

На основе анализа медико-демографических показателей, оценки организации перинатальной помощи, потребностей населения и медицинских специалистов в получении и оказании перинатальной помощи научно обоснована и разработана модель инновационного развития перинатальной помощи для Южного региона Казахстана.

Показана результативность внедрения разработанной модели и ее влияние на основные медико-демографические показатели в Южном регионе Казахстана, представлен прогноз показателей до 2025 года.

Практическая значимость результатов исследования

На уровне системы здравоохранения:

Внедрена модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана, представляющая собой целостную поэтапную систему из четырех блоков, направленную на перспективное снижение материнской и перинатальной смертности в регионе с высокой рождаемостью.

Дана оценка уровня и структуры перинатальных и материнских потерь и определены их прогнозные тенденции, использование которых возможно при планировании и развитии перинатальной службы Южного региона Казахстана.

На уровне медицинской организации:

Предложен пренатальный скрининг на преэклампсию, включающий допплерометрию маточных артерий (uAD), среднее артериальное давление (МАР) и уровень плацентарного фактора роста (PIGF) в материнской сыворотке.

Результаты исследования положены в основу разработки «Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан» (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 173 от 16 апреля 2018 года), одним из разработчиков которого является автор данной диссертационной работы (Приложение Г).

Теоретическая значимость

Внесен вклад в развитие теоретических и практических основ совершенствования перинатальной помощи путем формирования базы

статистических показателей и темпов их изменения для проведения ситуационного анализа организации перинатальной помощи в регионе с высокой рождаемостью.

Модель инновационного развития перинатальной помощи вносит существенный вклад в управление передовыми технологиями и повышение качества медицинской помощи для снижения материнской и перинатальной смертности.

Положения, выносимые на защиту

Южный регион Казахстана характеризуется различным уровнем показателей материнской и перинатальной смертности, темпами их изменения, что требует совершенствования подхода к организации перинатальной помощи с учетом региональных особенностей, в частности – высокой рождаемости, и достижения качества оказания помощи.

Основными факторами на современном этапе, формирующими медико-демографические показатели и влияющими на эффективность оказания перинатальной помощи, определены такие как неудовлетворительная кадровая и инфраструктурная обеспеченность, наличие негативных поведенческих факторов риска при беременности (поздняя/или отсутствие постановки на учет, поздняя послеродовая госпитализация в роддом), низкое качество дородового наблюдения в женских консультациях, слабая интеграция женских консультаций с родильными домами.

Модель инновационного развития перинатальной помощи в регионе с высокой рождаемостью представляет собой целостную поэтапную систему на основе развития цифровизации, внедрения новых технологий диагностики, лечения, профилактики и управления перинатальной помощью, учитывающая меняющиеся потребности общества и демографическую ситуацию в Южном регионе Казахстана, реализация которой способствует снижению уровней материнской и перинатальной смертности.

Публикации

Материалы диссертационной работы опубликованы в 18 научных работах, из них 1 статья в журнале, индексируемом в базе данных Scopus, 4 статьи в журналах, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан – «Вестник КазНМУ», «Астана медициналық журналы», 4 публикации в сборниках международных конференций: IV Международной (74 Всероссийской) научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (Москва, 2019); International scientific-practical conference of students and young researchers «Apsatar readings: «The future of medicine. Challenges and decisions» (Алматы, 2019); VI Международная научная конференция «Фарабиевские чтения» (Алматы, 2019); XII Региональный научно-образовательный форум «Мать и Дитя» и Пленум Правления Российского общества акушеров-гинекологов (Сочи, 2019); 9 публикаций в республиканских изданиях.

Внедрения

Получены акты внедрения органов здравоохранения и

родовспомогательных организаций Алматинской, Жамбылской, Кызылординской, Южно-Казахстанской областей:

1. Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана (Приложение В)
2. Актуализация Регистра беременных и женщин фертильного возраста (Приложение В)
3. Внедрение пренатального скрининга на преэкламсию (Приложение В)
4. Схема введения витамина К (фитоменадион) для профилактики геморрагического синдрома у новорожденных с риском развития неонатальной инфекции (Приложение В)

Результаты диссертационной работы внедрены в научно-практическую деятельность Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии и образовательный процесс Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова.

Авторские права, патенты и изобретения

1. Авторское право № 1630: «Қазақстан Республикасы оңтүстік аймақтарының халқын акушер-гинеколог және неонатолог дәрігерлермен қамтамасыз ету» (2019 г.) (Приложение Г).
2. Авторское право № 1631: «Перинатальные риски во время беременности в Южных регионах Республики Казахстан» (2019 г.) (Приложение Г).
3. Авторское право № 1636: «Результаты мониторинга основных индикаторов акушерской помощи в южных регионах Республики Казахстан» (2019 г.) (Приложение Г).
4. Авторское право № 1637: «Extragenital Pathologies of Pregnant Women in the Southern Regions of The Republic of Kazakhstan» (2019 г.) (Приложение Г).
5. Авторское право № 1882: «Школа будущей мамы» (2019 г.) (Приложение Г).
6. Авторское право № 11988: «Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц в Республике Казахстан за 2018 год» (2020 г.) (Приложение Г).
7. Заявление о выдаче патента Республики Казахстан на изобретение №2020/0718.1 «Фармакологическая эффективность применения витамина К1 (фитоменадион) новорожденным для профилактики геморрагического синдрома с риском развития неонатальной инфекции» (Приложение Г).

Личный вклад автора заключается в формировании направлений исследования, программы и его объектов, организации и проведении исследований, непосредственном участии во всех этапах исследования, статистической обработке данных, написании глав диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формулировании положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 154 страницах и состоит из введения, обзора современного состояния проблемы, методологии исследования, 6-ти глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация содержит 80 таблиц, 39 рисунков, 172 источника литературы.

1 АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (обзор литературы)

1.1 Организация перинатальной помощи населению в странах дальнего зарубежья

В современных условиях основополагающим резервом снижения материнской и младенческой смертности стало внедрение принципов регионализации оказания перинатальной помощи.

В современных условиях система оказания перинатальной помощи всех экономически развитых стран основывается на принципе регионализации. Под термином «регионализация медицинской помощи» Европейское бюро ВОЗ подразумевает рациональное территориальное распределение различных видов помощи, технологий и медицинских организаций по трем уровням (первый, второй и третий), тем самым обеспечивая доступность качественной медицинской помощи для населения в полном объеме и ее клинико-экономическую эффективность [22].

Во многих странах с целью оптимизации службы родовспоможения медицинская помощь была разделена на три уровня, которые различаются по качеству и объему оказываемой помощи. Основная идея данной концепции – соответствие штатов и доступных технологий на каждом уровне потребностям пациентов этого уровня и обеспечение полноценного лечения. В дальнейшем критерии принадлежности учреждения к одному из трёх уровней были уточнены. Например, в Соединенных Штатах Америки (США) первый уровень помощи – базовый, второй – уровень специальной помощи, а третий – уровень узкоспециальной помощи [23].

В концепции регионализации перинатальной помощи для выделения трёх уровней сложности оказания помощи матерям и новорождённым были предложены определенные критерии и рекомендовано направление женщин из групп высокого риска в медицинские организации конкретного уровня, располагающего адекватными возможностями для оказания необходимой помощи. Это позволило улучшить исходы и снизить репродуктивные потери, заболеваемость, смертность, как у матери, так и у ребёнка.

Базовая перинатальная помощь и уход за новорожденным I уровня. Программа перинатальной помощи в больнице, обеспечивающей базовый уход, координируется совместно с акушерками и неонатологами. Координаторы перинатальной помощи в больнице, оказывающей базовую помощь, отвечают за разработку политики поддержания соответствующих руководящих принципов и сотрудничества, консультирование с профессиональными кадрами больниц (в т.ч. анестезиологами, радиологами и другими специалистами). Объект, обеспечивающий уход за новорожденным I уровня, должен иметь персонал и оборудование для реанимации новорожденных [24].

Больница, предоставляющая *специальную* перинатальную помощь и уход за новорожденными II уровня, должна иметь сертифицированного врача акушера-гинеколога и педиатра с сертификацией подспециальности в неонатально-перинатальной медицине. Эти врачи должны координировать услуги

перинатальной помощи в больнице и в сочетании с другими специалистами (анестезиолог, медсестра, акушерка и сотрудники администрации больниц) разрабатывать политику в отношении укомплектования персоналом, процедур, оборудования и материалов.

Узкоспециальная перинатальная помощь – уровень III и IV (уход за новорожденными) предполагает наличие руководителя акушерской службы, руководителя службы интенсивной терапии новорожденных на полный рабочий день, сертифицированного педиатра со специализацией по неонатально-перинатальной медицине. Руководители этих подразделений несут ответственность за соблюдение практических рекомендаций и оценку приобретения оборудования, планирование, разработку и координацию образовательных программ в больнице и на местах, участие в оценке оказания перинатальной помощи.

В США медицинские организации III уровня подразделяют на четыре категории (в зависимости от помощи, оказываемой данной организацией новорождённому):

- в медицинских организациях уровня ША установлены ограничения по типу или длительности искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которые определены самой больницей или территориальной медицинской службой;
- в медицинских организациях уровня ШВ ограничений по типу или длительности ИВЛ нет, но проводятся исключительно малые хирургические операции;
- в медицинских организациях уровня ШС проводят хирургические операции при определенных видах врожденных пороков (например, проводят хирургическую коррекцию при омфалоцеле, трахеопищеводном свище, атрезии пищевода, менингомиелоцеле, осуществляют резекцию кишечника); не проводят хирургическую коррекцию сложных пороков сердца, требующую применения аппарата искусственного кровообращения и проведения экстракорпоральной мембранный оксигенации;
- в медицинских организациях IV уровня проводят хирургическую коррекцию сложных пороков сердца с применением аппарата искусственного кровообращения и проведения экстракорпоральной мембранный оксигенации.

В Германии в разные периоды существовали различные модели медицинских учреждений, оказывающих перинатальную помощь: децентрализованная модель, модель неонатального центра с децентрализацией акушерства, детская больница с отделением беременных под одной крышей, перинатальный центр с децентрализацией педиатрии. В современных условиях перинатальный центр, интегрированный в многопрофильную больницу, является наиболее лучшей моделью. Это позволяет иметь не только комфортные переходы между рационально соединенными зданиями, но и одно руководство, единую идеологию, общие организационные подходы и четкую преемственность в лечении и последующей диспансеризации пациентов любыми специалистами [25].

Перинатальный центр в полном объеме оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь женщинам во время

беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным. С этой целью в перинатальных центрах обновляются методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии, осуществляется мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности организаций родовспоможения медицинских организаций.

Проект Euro-PeriStat [26] разработал список показателей, различных по доступности и наличию, для мониторинга и оценки перинатального здоровья: основные, рекомендуемые и будущие (рисунок 1).

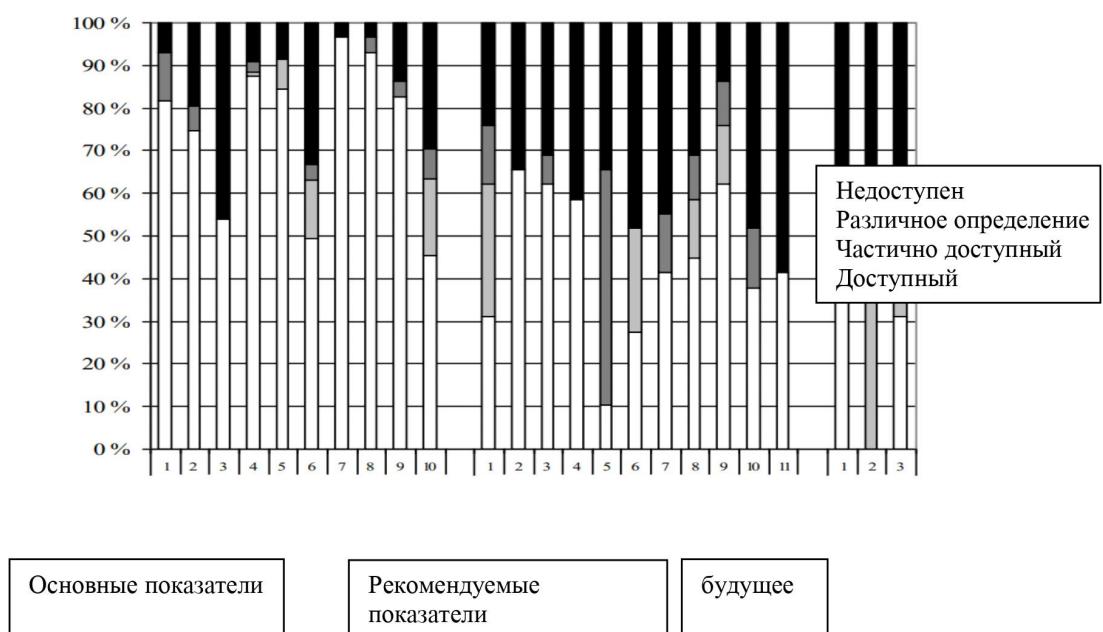


Рисунок 1 - Наличие/доступность европейских показателей перинатального здоровья, %

Основными показателями являются те, которые считаются необходимыми для мониторинга перинатального здоровья. Рекомендуемые показатели считаются желательными для более полной картины состояния перинатального здоровья. Кроме того, был разработан перечень показателей для дальнейшего развития оценки аспектов перинатального здоровья и ухода.

К основным показателям были отнесены: смертность плода в гестационном периоде, вес при рождении и количество плодов (одноплодная или многоплодная беременность: двойня, тройня и т.д.); неонатальная смертность в гестационный период, рождаемость и количество плодов (одноплодная или многоплодная беременность: двойня, тройня и т.д.); младенческая смертность в гестационный период, вес при рождении и количество плодов (одноплодная или многоплодная беременность: двойня и т.д.); характеристика веса при рождении, общего и гестационного срока; характеристика гестационного срока, количество плодов (одноплодная или многоплодная беременность (двойня, тройня и т.д.); МС по возрасту; многоплодные роды; характеристика возраста матери; распределение паритета; способ родоразрешения, общий и по паритету,

предшествующее кесарево сечение, предлежание плода и многоплодие.

К рекомендуемым показателям были отнесены распространенность врожденных аномалий; оценка живорожденности плода по шкале Апгар (на 5-ой минуте); МС по причинам смерти; женщины, курящие во время беременности; образование матери; роды после лечения бесплодия; сроки первого антенатального визита; вид начала родов; место рождения; грудное вскармливание при рождении; эстремально преждевременные роды по уровням медицинской помощи.

К углубленным показателям отнесены врожденные аномалии, как причина смерти плода и новорожденного; тяжелая материнская заболеваемость: эклампсия, прием в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), переливание крови, гистерэктомия и эмболизация; травма промежности: эпизиотомия, разрыв влагалища.

Тщательный и систематический сбор данных о долгосрочных результатах имеет важное значение для оценки изменений в системе оказания перинатальной помощи, а также оценки эффективности новых технологий и терапии, при этом в сборе данных, обработке, бенчмаркинга и использования информации для индивидуального, институционального и профессионального совершенствования качества принимают участие все медицинские сотрудники перинатальных центров или организаций.

Для отслеживания исходов и смертельных случаев в США NFIMR (National Fetal and Infant Mortality Review) предоставляет отчет по различным случаям младенческой и материнской смертности, перинатальной помощи с детальным анализом информации об отдельных случаях смерти плода и новорожденного, факторов, связанных с этими смертями, а также выявлении системных проблем, которые требуют изменений и разработки новых рекомендаций в оказании медицинской помощи. Эффективность перинатальной помощи оценивается по таким конечным результатам, как перинатальная заболеваемость, смертность и затраты [27].

В Нидерландах провели исследование (с использованием инструмента ReproQ (Responsiveness in Perinatal and Obstetric Health Care Questionnaire)) в период с 2009 по 2010 гг., целью которого была оценка результатов реагирования и факторов, влияющих на результаты перинатальной помощи в системе здравоохранения в городских условиях. ReproQ основан на тех же восьми категориях, которые были определены для измерения «отзывчивости» в обзоре ВОЗ [28]. Результаты опроса 180 респондентов показали, что качество «отзывчивости» медицинского персонала в Нидерландах было эффективнее для понятия «уважение прав людей» по сравнению с качеством «ориентация на клиента» [29,30]. Данное качество связано с коммуникацией и конфиденциальностью и его легче изменить в течение короткого периода времени.

Категория «ориентация на клиента» требует изменений в организации обслуживания, координации управления, а также более длительного времени для их осуществления с учетом персональных характеристик пациентов, образования, семейного положения и других данных, что отражено в

исследованиях, проведенных в Великобритании, Таиланде, Швейцарии [31-34].

Аналогичные принципы совершенствования качества и безопасности пациентов относятся к ведению новорожденных, нуждающихся в лечении в неонатальном периоде. Для совершенствования качества оказания медицинской помощи и безопасности пациентов NICU (Neonatal Intensive Care Unit) были разработаны и предложены рекомендации для отделений интенсивной терапии новорожденных с внедрением программ по качеству, основанные на своевременной обратной связи, прозрачности, ухода, которая стимулируется благодаря совместной работе и эффективной неиерархической коммуникации, объективной идентификации и анализе ошибок, идентификации характеристик системы, уязвимых к ошибкам.

Перинатальная служба системы здравоохранения должна быть пациент- и семейно-ориентированной. Институт пациент-семейно-ориентированной помощи отмечает важность термина «семья», который включает не только самого пациента, но и степень участия семьи в сохранении здоровья пациента. Термин «семья» при оказании перинатальной помощи включает беременную женщину и ее окружение, которое может включать в себя всех следующих лиц: супруга или партнера, родственников и друзей [35].

Важнейшими аспектами успешности системы перинатальной помощи является обеспечение доступа к комплексным службам перинатальной медицинской помощи; охват пациент- и семья- ориентированным подходом к медико-санитарной помощи; предоставление соответствующего ухода; просвещение общественности о репродуктивном здоровье; ответственность за все компоненты оказания медицинской помощи системы здравоохранения.

В последнее время перинатальная помощь претерпела серьезные изменения, одним из которых является готовность «интегрировать» различные услуги, предлагаемые в системе здравоохранения [36]. Согласно концепция интеграции услуг были определены различные уровни интеграции оказания медицинской помощи с использованием категорий Rosenblatt and Woodbridge (таблица 1).

Таблица 1 – Определения интеграции по целям/уровням системы здравоохранения

Цели системы здравоохранения (Rosenblatt and Woodbridge)	Индивидуальный уровень клинической практики	Уровень программы вмешательства	Системный уровень
Эффективность	Непрерывный уход	Коллективная координация	Сотрудничество
Действенность	Последовательная координация	Профессиональная интеграция	Функциональная интеграция
Равенство	Взаимная координация	Клиническая интеграция	Нормативная интеграция Системная интеграция

Согласно Haggerty, Reid и др. аспект «непрерывность ухода» медицинских услуг имеет две существенные характеристики: пролонгированное во времени и централизованное, то есть сосредоточенное на отдельных пациентах [37]. Для пациента непрерывность отражает степень согласованности, связи и последовательности оказания медицинских услуг.

В перинатальном периоде непрерывность медицинской помощи рассматривается с точки зрения ее информационного подхода, когда перинатальные услуги осуществляются небольшим количеством акушерок, работающих в одной команде.

В целом, основной консенсус основывается на важности быстрого, регулярного и адекватного пренатального управления для снижения проблем со здоровьем в перинатальный период. Наргер и др. указывает, что значительную долю смертей в родах в США можно было бы избежать путем адекватного антениннатального ухода [38]. Таким образом, основная задача заключается в том, как предложить услуги, адаптированные к конкретным ситуациям у беременных женщин, в целях снижения рисков для их здоровья.

Обзор исследований позволил определить три стратегии, которые будут полезными при адаптации конкретных медицинских услуг и обеспечении их большей доступности:

1. Обеспечение непрерывности медицинской помощи [39]. Персонифицированное постоянное управление поощряет доверие, которое часто имеет важное значение для женщин, чтобы выявить определенные трудности, с которыми они сталкиваются. Женщины более склонны к пре- и послеродовых посещениям, когда они знакомятся с профессионалом, с которым они будут встречаться.

2. Важность работы в междисциплинарных группах. Междисциплинарность считается эффективной стратегией, для реализации которой необходимо объединение в многопрофильные учреждения [40].

3. Потенциал для укрепления здоровья, особенно доступности медицинской помощи, заключается в создании услуг, адаптированных к целевой аудитории – к их состоянию здоровья, культуре и условиям жизни, сокращение языковых и культурных барьеров, которые блокируют доступ к услугам [41-46].

Согласно Leutz [47] можно интегрировать все сервисы для определенных групп населения или некоторые услуги для всех групп населения, но невозможно интегрировать все службы для всех групп населения.

1.2 Организация перинатальной помощи населению в постсоветских странах

В постсоветских странах одним из приоритетных направлений системы здравоохранения является укрепление здоровья матери и ребенка. Результатом усилий системы здравоохранения в каждой из этих стран разработаны стратегические или иные государственные программы по предоставлению медицинских услуг населению на основе интегрированной модели первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), базирующейся на семейной медицине, а также укреплении здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков [48-50].

53]. В Узбекистане, Туркменистане, Таджикистане и Кыргызстане усиление работы по оказанию перинатальной помощи проводится при поддержке международных организаций ВОЗ, UNICEF и др. Во всех странах постсоветского пространства начата реализация обеспечения перинатальной помощи в рамках трехуровневой системы. Согласно рекомендациям ВОЗ основной упор организации перинатальной помощи направлен на повышение охвата беременных женщин профилактическими осмотрами в первичном звене здравоохранения. Для населения проводится работа по улучшению информированности женщин по вопросам безопасного материнства и планирования семьи. Также помимо клинических услуг, антенатальная помощь предусматривает включение консультирования по психосоциальным и правовым вопросам, динамическое наблюдение за физическими показателями. Программа развития перинатальных центров направлена на обеспечение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям, снижение материнской и младенческой смертности.

Широкомасштабные действия в секторе здравоохранения Таджикистана в период с 2000 по 2010 годы позволили снизить показатели материнской и детской смертности, дальнейшие шаги предполагают оказание комплексной поддержки здоровья женщины в прегравидарный период, во время беременности и родов. В силу того, что немалая часть населения Таджикистана проживает в отдаленных и редконаселенных районах, организация перинатальной помощи включает следующие особенности: проведение дородового патронажа, частично заменяющего визиты в лечебные учреждения, при отсутствии рисков и осложнений до 10% родов принимаются в домашних условиях с обязательным участием квалифицированного медицинского персонала [48, с.10]. Для обеспечения комплексного подхода в оказании услуг и поддержку беременных женщин проводится повышение квалификации медицинского персонала, оказывающего антенатальную помощь, и улучшение обеспеченности специалистами, для чего планируется обеспечить охват рожениц квалифицированной акушерской помощью в роддомах к 2020 году не менее 90% родов, принимаемых в стране акушерками, против 75% в 2009 году [54]. Здравоохранение Таджикистана имеет трехуровневую систему родовспоможения и включает:

- прием неосложненных физиологических родов в сельских центрах здоровья и родильных отделениях местных больниц (в местных роддомах);
- прием умеренно-осложненных родов на родильных койках центральных районных и городских районных больниц (роддомов);
- плановая или экстренная госпитализация рожениц на специализированные акушерско-гинекологические койки стационаров или роддомов второго уровня, в зависимости от характера риска для здоровья матери, врожденной патологии плода и неотложных состояний при родах.

Также политика в области усиления перинатальной помощи включает в обязанность местных администраций финансировать продуктовые талоны матерям за раннюю явку при постановке на медицинский учет по беременности, за каждое повторное посещение семейной амбулатории и в случае

самообращения для родоразрешения в рекомендованное лечебное учреждение. Специалисты семейной медицины получают денежное вознаграждение за благоприятные исходы для матерей и новорожденных детей.

Несмотря на реализацию реформ в секторе здравоохранения в Кыргызской Республике наблюдается высокий показатель МС в пределах 33,4–77,2 на 100 тысяч живорождений [55-57].

Исхакова М. (2009) в своем исследовании по перинатальным исходам очень ранних родов отмечает, что в структуре перинатальной смертности при очень ранних родах ведущее положение занимали антенатальные потери до 28 недель беременности (48,7%), интранатальные потери (4,5%) и ранняя неонатальная смертность (РНС) новорожденных (38,3%). В группе интранатальной гибели плода и в группе выживших новорожденных достоверно преобладал срок гестации 26-27 недель. В раннем неонатальном периоде при очень ранних родах преобладают потери новорожденных в первые сутки (57,3%) в сравнении с потерями на третий и более сутки (11,7%), что указывает на перспективность лечения и выхаживания данной категории новорожденных [58].

В соответствие с «Программой по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008–2017 годы» во всех регионах Кыргызстана внедрен Регистр новорожденных, в котором содержатся сведения о новорожденных с массой тела 500 грамм и выше, а также сведения об их материах. Программа Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) внедрена в республике с 2000 года, индикаторы которой внедрены в официальную статистику Республиканского медико-информационного центра, стандарты Медицинской аккредитационной комиссии и Фонда медицинского страхования. В Кыргызской Республике в соответствии с программой «Денсоолук» важное направление представляет усиление межсекторального взаимодействия в продвижении вопросов безопасного материнства и планирования семьи. На этапе предоставления индивидуальных услуг предусмотрены меры по улучшению качества оказания медицинских помощи в организациях здравоохранения путем своевременного выявления и ведения женщин с опасными признаками в период беременности и в послеродовом периоде на уровне организаций первичного звена здравоохранения, основанные на широком внедрении доказанных методов диагностики и лечения. Антенатальный уход акцентирован на своевременной диагностике анемии, бактериурии, раннего обнаружения гипертензивных нарушений и своевременного направления на родоразрешение, надлежащего наблюдения за состоянием плода, предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. В родовспомогательных организациях мероприятия ориентированы на снижение риска материнской и младенческой смертности, снижение случаев послеродовых кровотечений, улучшение исхода для женщин с тяжелой преэклампсией (ПЭ) и эклампсией путем обеспечения качественными неотложными акушерскими услугами, уменьшение случаев послеродовых септических осложнений путем внедрения периоперационной антибиотикопрофилактики, снижения необоснованных исследований во время родов, адекватной антибиотикотерапии, улучшения регистрации всех случаев

послеродовых септических осложнений.

Вопросы преемственности услуг по обеспечению непрерывного наблюдения за женщинами во время беременности, родов и в послеродовом периоде предусматривают преемственность между организациями первичного и вторичного уровня для улучшения предоставления консультирования в родовспомогательной организации и надлежащее наблюдение в послеродовом периоде на уровне первичного звена; улучшение взаимодействия между родовспомогательными организациями районов, областей и организациями третьего уровня; новая модель сертификации и аттестации акушеров-гинекологов по неотложным состояниям; модель отбора сотрудников на конкурсной основе для организаций третьего уровня; модель предоставления на уровне районов амбулаторных услуг для беременных женщин с высоким риском; модель транспортно-консультативной системы оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным [49, с.4].

По результатам Проекта «Качество предоставляемых медицинских услуг матерям и детям в пилотных стационарах Ошской, Джалаал-Абадской, Баткенской и Иссык-Кульской областей» проведена оценка реализации Проекта UNICEF (2014-2017 гг.) с общими рекомендациями для Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, где были даны рекомендации по организации системы здравоохранения: с учетом недостатка врачебных кадров в регионах фокусироваться на улучшении качества обучения среднего медицинского персонала и делегирования им услуг по оказанию помощи роженицам и детям, а также продолжить работы по улучшению доступа рожениц к чистой воде в процессе родов [59].

С целью достижения Целей развития тысячелетия по укреплению материнского здоровья, снижению материнской и детской смертности большинство родовспомогательных учреждений Узбекистана работают по программе ВОЗ «Эффективный перинатальный уход», основные принципы которого заключаются в создании условий для женщин максимально приближенных к домашним, ведение физиологических родов и желательно без всякого вмешательства. Особенностью оказания перинатальной помощи является проведение усиленных мероприятий по внедрению комплексного образовательно-учебного процесса охраны здоровья матери и ребенка в медицинских учреждениях и на уровне семьи, которые включают разделы:

1. Пакет выживания новорожденного: включающий эффективный перинатальный уход, неонатальную реанимацию и основной уход за новорожденным, инициатива «Больница дружелюбного отношения к ребенку», системная матрица сбора данных о массе тела при рождении, возрасте смерти, боксах, вмешательствах и оценке и аудит критических состояний.

2. Пакет выживания детей: включающий ИВБДВ на уровне первичного звена здравоохранения, ИВБДВ на уровне больниц, ИВБДВ на уровне сообществ, мониторинг роста и развития, поощрение грудного вскармливания.

Обучение медицинских сотрудников по данным модулям позволило в роддомах увеличить правильное применение стандартов выхаживания новорожденных на 40,5%, в педиатрических больницах/отделениях на 75,4%

увеличилось правильное применение стандартов лечения детей, на 49,5% возросла доля детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, прошедших обследование у врачей общей практики в соответствии с утвержденными протоколами/стандартами. При поддержке проекта было адаптировано The WHO E-Learning Tool (Руководство ВОЗ) для администраторов программ охраны здоровья матери и ребенка с целью укрепления потенциала руководителей программ на областных и районных уровнях [60-61].

В Туркменистане для улучшения здоровья будущих матерей с 2013 года внедрен медицинский паспорт репродуктивного здоровья матери. За последние 5 лет в Национальные клинические протоколы и руководства (более 30) были внедрены стандарты ВОЗ по оказанию медицинской помощи в акушерстве, которые выполняются в более чем 70% роддомах по всей стране. Это позволило повысить показатель выживаемости новорожденных весом 500-1500 грамм с 15,5% в 2005 году (до перехода страны на критерии регистрации живорождения и мертворождения) до 58% в 2014 году. Показатель раннего охвата (до 12 недель) дородовым наблюдением составляет 99%. Результаты широкого применения эффективных перинатальных технологий позволили снизить дородовые и послеродовые кровотечения, поздние гестозы. Уровень кесарева сечения, как резерв снижения перинатальной и материнской смертности, составил в 2015 году 9,5%, что не превышает показатели, рекомендуемые ВОЗ (15%). С 2014 года проведено региональное разделение и создана 3-х уровневая перинатальная служба; перинатальные центры дополнительно оснащены необходимым оборудованием и специализированным автотранспортом; разработаны схемы-алгоритмы действий в срочных акушерских ситуациях для семейных врачей и акушеров-гинекологов. Внедрена методика ВОЗ анализа критических случаев в акушерстве. Только в 2015 году проанализировано около 30 критических случаев в 5 pilotных регионах [62-63].

Согласно Приказу Минздравсоцразвития Российской Федерации от 09.12.2004 года № 308 «О вопросах организации перинатальных центров» перинатальная помощь в Российской Федерации предоставляется в самостоятельных медицинских организациях или подразделениях, находящихся в составе перинатальных центров. Важным направлением снижения смертности детского населения является улучшение помощи новорожденным в условиях перинатальных центров с применением инновационных методов лечения, так как доля смертности новорожденных составляет 55–70% от младенческой смертности и 40% от смертности детей до 5 лет. Для оценки реализации мероприятий по перинатальной помощи внедрена система перинатального аудита [64].

Шувалова М. и др. в исследовании результативности регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации отмечает о потребности определения целевых индикаторов деятельности учреждений родовспоможения третьего уровня [65].

Результаты исследования Вартапетовой Н. показали, что в практическом родовспоможении и неонатологии широко используются необоснованные медицинские практики. ПартоGRAMМА использовалась только в 32% родов, при

этом внутривенные инфузии рутинно назначались 85% женщин, стимуляция родов проводилась 47% случаях, эпизиотомия у 30% женщин. За три года внедрения обучающих программ, клинико-организационных руководств и протоколов позволили в крупных родовспомогательных учреждениях 2-го и 3-го уровней снизить частоту использования эндотрахеального наркоза на 27%, частоту проведения амниотомий на 23%, частоту назначения утеротонических средств для стимуляции родовой деятельности на 16%; отмечалось двукратное увеличение использования окситоцина для профилактики послеродовых кровотечений, увеличение частоты использования немедикаментозных методов обезболивания родов в 15 раз и снижение частоты использования наркотических анальгетиков на 60% [66].

По результатам реализации Программы в Российской Федерации в 2018 году МС снизилась и составила 9,1 на 100 тыс. родившихся живыми, показатель ПС снизился до 7,23 на 1000 детей, родившихся живыми [67].

В заключении, реализация государственных программ на основе разработки и внедрения современных образовательных и клинико-организационных технологий в оказании акушерско-гинекологической и перинатальной помощи позволила во всех изучаемых странах снизить показатели материнской, младенческой и перинатальной смертности [68-70].

1.3 Организация перинатальной помощи населению в Казахстане

В Стратегии развития Республики Казахстан до 2050 года обозначена дальнейшая потребность в совершенствовании системы здравоохранения для обеспечения населения качественной, своевременной, доступной медицинской помощью. Доступность получения важных медицинских рекомендаций облегчает надлежащий мониторинг плода и приводит к раннему обнаружению врожденных дефектов, предупреждению преждевременных родов, рождения детей с низким весом и развития осложнений у матери.

Казахстан добился значительных успехов в области охраны здоровья матери и ребенка. За последние два десятилетия младенческая и материнская смертность значительно снизились, что позволило Казахстану достичь определенных результатов, соответствующих Целям развития тысячелетия, однако достигнутый уровень младенческой и материнской смертности еще остается высоким в сравнении со средним уровнем стран ОЭСР.

Республика Казахстан перешла на трехуровневую систему оказания перинатальной помощи в 2007 году на основании приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 746 «Положение о регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан» [71]. Эффективность регионализации перинатальной помощи доказана в международных исследованиях, где данные свидетельствуют о снижении показателя смертности среди младенцев и матерей. Территориальные особенности страны, усложняющие обеспечение высокоспециализированной помощью в неотложных состояниях, и неравномерная плотность населения являются предрасполагающими факторами для оказания перинатальной помощи по принципу регионализации. Регионализация является частью процесса

улучшения качества и доступности перинатальной помощи за счет рационального использования существующих возможностей системы перинатальной службы.

Перинатальная помощь обеспечивается поддержкой государства в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, оказание доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и послеродового периода, а также помощи новорожденным, детям и женщинам всех возрастов с заболеваниями репродуктивной системы. Исходя из потребностей, акушерско-гинекологическая помощь оказывается в следующих формах:

- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь: ПМСП, консультативно-диагностическая помощь;
- 2) стационарнозамещающая помощь;
- 3) стационарная помощь;
- 4) скорая медицинская помощь;
- 5) санитарная авиация.

Организации первого уровня предусматривают базовое оснащение и наличие оборудования для реанимации женщин и новорожденных, палаты интенсивной терапии с оборудованием. При возникновении неотложных ситуаций кадровый состав должен иметь возможность стабилизировать состояние, оценить степень риска и вызвать транспорт «на себя» из роддома более высокого уровня для осуществления перевода беременных и новорожденных. В случае возникновения ситуации невозможности перевода непрофильных беременных и рожениц на первом уровне проводится профилактика, прогнозирование, диагностика угрожающих состояний у плода и новорожденного, а также решение вопроса о методе родоразрешения.

Второй уровень определен для женщин с неосложненной беременностью и родами, с преждевременными родами при сроке гестации от 34 недель и более, а также беременных, рожениц и родильниц с умеренным риском. Задачами второго уровня являются оказание адекватной медицинской помощи и проведение интенсивной терапии в соответствии с протоколами при отсутствии возможности перевода непрофильной роженицы и рождения новорожденного с массой тела менее 1500 грамм, за исключением заболеваний, требующих экстренного хирургического вмешательства. Организации родовспоможения второго уровня имеют в дополнение к базовому оснащению палату реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, системами ИВЛ, СРАР (Constant Positive Airway Pressure), кювезы, а также клиническую, биохимическую и бактериологическую лабораторию. В штатном расписании предусмотрен круглосуточный пост неонатологов.

Госпитализация беременных, рожениц и родильниц с риском реализации перинатальной патологии, преждевременными родами при сроке гестации 22-33 недели + 6 дней осуществляется в организации третьего уровня (перинатальные центры, областные больницы и др.). Третий уровень обеспечивает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным

новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенных из организации более низкого уровня. На данном уровне требуется обеспечение высококвалифицированным медицинским персоналом, владеющим современными эффективными перинатальными технологиями, и оснащение современным лечебно-диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами. А также организации третьего уровня в составе имеют круглосуточный неонатальный пост, клиническую, биохимическую, бактериологическую лаборатории, отделение реанимации и интенсивной терапии, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных.

В 2008 году на основе рекомендации ВОЗ были пересмотрены критерии живорождения и мертворождения [72].

В рамках проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане на 2009-2011 годы», финансируемого Европейским Союзом и внедряемого Европейским Региональным Офисом ВОЗ, было продолжено дальнейшее улучшение клинической практики посредством усиления тренингов и внедрения механизмов, поддерживающих внешнюю курацию для непрерывного повышения качества медицинской помощи на уровне медицинской организации. В этот период были пересмотрены и внедрены клинические руководства, протоколы диагностики, лечения заболеваний и состояний во время беременности, родов в соответствии с требованиями международных подходов и доказательной медицины.

Внедрение эффективной перинатальной помощи и ухода, регионализация перинатальной помощи, обеспечившая повышение доступности к специализированной помощи беременным женщинам и новорожденным, позволили значительно снизить показатели МС с 31,2 в 2008 году до 14,0 в 2018 году, ПС с 16,2 до 8,3 соответственно, прежде всего, за счет улучшения оказания неотложной акушерской и неонатальной помощи.

ЕНСЗ заложила начало развития электронной системы, в рамках которой был издан приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 ноября 2013 года № 674 «О внедрении подсистемы «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» Портала «Регистр прикрепленного населения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан» [73]. Данный регистр обеспечивает повышение эффективности управления системой здравоохранения, проведение мониторинга за состоянием здоровья беременных и женщин фертильного возраста в медицинских организациях, оперативное взаимодействие медицинских организаций и сокращение возможных рисков для здоровья женщин и новорожденных. Заполнение данных по беременным женщинам проводится на уровне первичного звена. Осуществляется ежедневный мониторинг всеми уровнями медицинских организаций службы «маршрута» каждой беременной женщины в зависимости от группы риска.

С развитием цифровизации здравоохранения во всех медицинских учреждениях внедряется Комплексная медицинская информационная система (КМИС), позволяющая автоматизировать рабочий процесс и обеспечить переход

на безбумажное ведение медицинской документации [74]. В 2016 году КМИС охватила 37% медицинских организаций в РК, в 2017 году – 75,5%.

Внедрение в РК принципов регионализации по трем уровням перинатальной помощи, Регистра беременных и женщин фертильного возраста, Национального генетического регистра, пренатального скрининга, мониторинга больных в критическом состоянии, развитие Национальной телемедицинской сети, организация транспортной и санитарной авиации позволили реально улучшить в стране оказание помощи беременным и роженицам.

Еще одним новшеством в развитии перинатальной помощи является проведение конфиденциального аудита ПС, позволяющий выявлять истинные причины смерти (зависящие не только от системы здравоохранения), для принятия своевременных управлеченческих решений [75].

К инновационным технологиям, внедренным в 2015-2017 гг. в различных центрах перинатальной помощи РК, относится внедрение FISH метода (флуоресцентная гибридизация *in situ*), что дало возможность внедрить более безопасный метод инвазивной пренатальной диагностики (амниоцентез) для эффективного выявления хромосомной патологии внутриутробного плода.

В родильном блоке с целью улучшения системы сбора отчетных данных, контроля за внедрением эффективных перинатальных технологий, анализа информации и своевременного принятия управлеченческих решений внедряются суточный мониторинг родов, критических состояний, партнерские роды, соблюдение тепловой цепочки. Внедрение партограммы уменьшило число затяжных родов, что в свою очередь позволило предотвратить необоснованные вмешательства (к примеру – родостимуляция окситоцином). Увеличение количества партнерских родов привело к снижению медикаментозного обезболивания такими препаратами, как но-шпа. Применение баллона Бакри при послеродовых кровотечениях позволяет быстро произвести тампонаду матки, остановить маточное кровотечение и избежать хирургических вмешательств. Внедрение этого метода уменьшило количество гистерэктомий. Вакуум-экстракция при внутриутробной асфиксии плода позволила уменьшить число новорожденных с асфиксиею, что привело к снижению количества кесарево сечений.

Совместное пребывание матери и ребенка, свободный интерьер палат, использование своей одежды, как для матери, так и для новорожденного. Внедрение эффективных перинатальных технологий, а именно правильное закладывание тетрациклиновой мази привело к уменьшению конъюнктивитов у новорожденных. Ведение пупочного остатка сухим способом повлияло на уменьшение омфалитов. Применение дексаметазона при недоношенной беременности повлияло на уменьшение введения новорожденным сурфактантов.

Отмечается высокая оснащенность медицинским оборудованием в детских медицинских организациях (80%), во всех регионах республики внедрена регионализация перинатальной помощи. Осуществляется мониторинг новорожденных, находящихся в критическом состоянии, созданы катамнестические кабинеты на базе перинатальных центров для наблюдения детей, перенесших патологию перинатального периода. Имеет место высокая

эффективность хирургической коррекции врожденных пороков развития (ВПР) у новорожденных (90%), проводится лечение ретинопатий у недоношенных детей с высокой эффективностью (до 95%). Организуются телеконсультации и лекции по телемедицине [76].

С 2007 года по всей республике внедрена Государственная программа неонатального и пренатального генетического скрининга, полностью финансируемая государством [77]. На уровне организаций родовспоможения осуществляется неонатальный скрининг на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Для выявления беременных группы риска по хромосомной патологии проводится комбинированный генетический скрининг в период 11-13 недель беременности, для выявления ВПР ультразвуковой пренатальный скрининг в сроки 10-14, 18-22 и 30-32 недели беременности. Охват пренатальным генетическим скринингом в республике составил 80%, охват неонатальным скринингом составил 90%.

Внедрение массового пренатального генетического скрининга привело к снижению числа рождения детей с хромосомными аномалиями за счет увеличения числа пренатально выявленной и прерванной хромосомной патологии плода. Согласно опыту развитых стран основными факторами, влияющими на эффективность пренатальной диагностики являются информирование беременных женщин и финансовая доступность скрининга для всех беременных женщин, высокий охват пренатальным скринингом и наличие обязательной подтверждающей инвазивной диагностики [78].

В настоящее время наиболее точным и безопасным методом пренатального скрининга хромосомной патологии является неинвазивный пренатальный тест (НИПТ). НИПТ – новый метод неинвазивного обследования, основанный на полногеномном секвенировании ДНК плода, свободно циркулирующей в материнской крови. В сравнении с инвазивными методами пренатальной диагностики НИПТ на основные трисомии (21, 18, 13) является диагностически более эффективным, так как используется новая технология при помощи секвенаторов последнего поколения и последующего математического анализа, что приводит к высокой достоверности полученного результата – 99,9% [79].

Важным фактором в снижении репродуктивных потерь служит мониторинг критических состояний, который внедрен в стране с 2014 года, а поименный ежедневный мониторинг с 2017 года [80].

На протяжении последнего десятилетия произошли системные изменения, в рамках реализации Государственных программ были внедрены в практику родовспоможения высокоэффективные технологии, на республиканском уровне начат процесс стандартизации и аккредитации, что способствовало разработке клинических протоколов, стандартов операционных процедур и иных стандартов.

В попытке оценить и улучшить качество системы здравоохранения, особенно в течение последних двух десятилетий, все большее значение придается удовлетворенности оказанной медицинской помощью [81-88].

Высокое качество подразумевает, что медицинская помощь должна быть безопасной, эффективной, своевременной, результативной, справедливой и

учитывающей интересы человека.

Доступность получения важных медицинских рекомендаций облегчает надлежащий мониторинг плода и приводит к раннему обнаружению врожденных дефектов, предупреждению преждевременных родов, рождения детей с низким весом и развития осложнений у матери [89].

В представлении ВОЗ, мир после 2015 года – это мир, в котором «каждая беременная женщина и новорожденный получает качественную медицинскую помощь на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода» [90].

Одним из важных аспектов является оценка репродуктивного потенциала – уровня физического и психического состояния отдельного человека, который в оптимальном случае позволяет воспроизводить здоровое потомство и обеспечивать баланс репродуктивного здоровья [91]. Оптимальный случай наступает тогда, когда негативное влияние медико-социальных факторов риска сведено к минимуму и биологические резервы организма высоки. На репродуктивный потенциал человека оказывают влияние не только медицинские факторы (здравье человека), но и экологические, социальные, экономические факторы и уровень здравоохранения.

Оценка репродуктивного потенциала населения должна включать анализ статистических данных: показателей естественного движения населения, младенческой и перинатальной смертности, МС; частоты искусственных прерываний беременности среди молодежи и лиц активного репродуктивного возраста; соотношения абортов/роды в соответствующих возрастных группах. В рамках реализации репродуктивного потенциала важна оценка детородной функции женщин, возможности к зачатию: оценка частоты бесплодия, невынашивания, органоуносящих операций среди женщин репродуктивного возраста. МС, потеря молодых женщин по тем и иным причинам, связанных с беременностью, отражает состояние здравоохранения и акушерско-гинекологической помощи в целом.

Расширение показаний к кесареву сечению обусловило возрастание риска не только перинатальной заболеваемости и смертности, но и материнских потерь вследствие развития интра- и послеоперационных осложнений при выполнении кесарева сечения по сравнению с родами через естественные родовые пути. Что касается акушерских проблем при последующих беременностях и родах после кесарева сечения, то в 5–10 раз увеличивается риск предлежания и истинного приращения плаценты, которые являются до настоящего времени показанием к удалению матки, и, как следствие, потери детородной функции женщиной [92].

Отрицательное влияние на репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал оказывают медицинские аборты, которые являются основной причиной невынашивания и бесплодия. Ситуацию можно изменить путем повышения информированности населения о вреде абORTA, о методах эффективной контрацепции. Немаловажную роль играет повышение квалификации специалистов по вопросам использования методов прерывания беременности, которые являются менее опасными (медикаментозный аборт, мануальная вакуум-аспирация), приобретение необходимого инструментария и

лекарствами медицинскими учреждениями, где производится аборт [93].

Проблема снижения репродуктивного потенциала с позиции гинекологической патологии связаны с такими заболеваниями, как эндометриоз, миома матки, бесплодие, акушерские осложнения (кровотечения, гнойно-септические заболевания), невынашивание.

Инфекционная патология плода и новорожденного является одной из ведущих медико-социальных проблем современной перинатологии. Течение беременности у женщин с преждевременными родами осложняется инфекционно-воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, развитием хориоамнионита [94-95].

Значимость данной патологии определяется ее большим удельным весом в неонатальной заболеваемости и смертности. По данным разных авторов, частота синдрома задержки внутриутробного развития плода составляет от 12 до 36 % [96-97]. Дети, родившиеся с малой массой тела, умирают в 25–30 раз чаще, чем дети с нормальной массой тела, и составляют 55-65% от числа умерших на первом году жизни [98-99].

Благодаря совершенствованию методов выхаживания, развитию реанимационной службы и интенсивной терапии в перинатальной медицине с использованием инновационных перинатальных технологий, значительно снизилась младенческая и неонатальная смертность, в том числе в группе глубоконедоношенных детей, в основном за счет снижения летальности от респираторных расстройств и асфиксии при рождении (в 3,2 и 3,8 раза соответственно). Эти мероприятия позволили повысить процент выживаемости недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Вместе с тем, несмотря на внедрение высокоэффективных технологий для диагностики и выхаживания маловесных детей в структуре неонатальной смертности остается высоким удельный вес инфекционного фактора [100-105].

Сегодня перинатальные инфекции – это инфекции, передаваемые половым путем, дисбиозы влагалища и инфекции, составляющие TORCH-синдром (Toxoplasmos. Rubella, Cytomegavirus, Herpes) [106-116].

Лечение перинатальных инфекций сложное, длительное и не всегда успешное, что связано с присутствием ассоциированных инфекций, резистентностью к терапии. Оптимальным при хориоамнионите считается назначение антибактериальной терапии широкого спектра действия с высоким индексом безопасности для беременной женщины и плода. Адекватное и своевременное назначение антибиотиков в значительной мере определяет эффективность терапии и, соответственно, прогноз для новорожденного ребенка [117-118].

Недоношенные дети в сочетании с задержкой внутриутробного развития, входящие в группу высокого риска возникновения неонатальной инфекции, в силу физиологических характеристик свертывающей системы и метаболизма витамина К имеют высокую предрасположенность к развитию витамин К-дефицитного геморрагического синдрома [119-121]. У недоношенных детей имеются свои особенности гемостаза в зависимости от гестационного возраста, характеризующиеся значительным размахом значений. Для них характерна

гипокоагуляционная направленность плазменно-коагуляционного звена гемостаза на фоне повышения внутрисосудистого свертывания крови и активности фибринолиза. Факторами риска геморрагического синдрома являются экстренное оперативное родоразрешение недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития в условиях критического нарушения фетоплацентарного кровотока, применение антибиотиков широкого спектра действия с первых дней жизни у данной категории детей [122-128].

Для геморрагического синдрома у новорожденных характерно удлинение протромбинового времени на фоне нормального уровня тромбоцитов и фибриногена. В РК согласно клиническому протоколу диагностики и лечения «Геморрагическая болезнь новорожденных» всем новорожденным детям (доношенным и недоношенным) в течение первого часа после рождения однократно вводится витамин К [129].

Несмотря на современные методы лечения неонатального сепсиса, летальность от тяжелых бактериальных инфекций остается все еще высокой. Исход заболевания определяется многими факторами, важнейшими среди которых являются своевременная диагностика и раннее начало терапии (как этиотропной, так и патогенетической). С учетом имеющихся рекомендаций возникла необходимость изучения эффективности повторного введения витамина К в профилактике геморрагического синдрома у новорожденных с риском развития неонатальных инфекций.

В различных регионах Казахстана количество медицинских организаций, оказывающих перинатальную помощь, различно в зависимости от численности населения регионов. По уровням регионализации медицинские организации в РК распределились следующим образом: 1 уровень регионализации перинатальной службы – 67% (или 164 организации – это центральные районные больницы), 2 уровень – 18% (44 организации – роддома, городские и центральные районные больницы), 3 уровень – 14,2% (35 организаций – областной перинатальный центр (ОПЦ), областная больница) и уровень высокоспециализированной медицинской помощи – 0,8% (или 2 организации) [9, с. 61].

Однако, необходимо совершенствование регионализации перинатальной помощи. Существующая ситуация инвертирована: на первом этапе происходят 15% родов, на втором – 20% и третьем – 65% родов. Лучшие практики демонстрируют проведение до 50-60% родов на первом этапе, 20-35% – на втором и только 15% – на третьем [130].

Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система ПМСП не способна удовлетворить потребности населения страны и современного общества. Службы, оказывающие ПМСП, остаются функционально перегруженными и малоэффективными.

Это связано с низкой обеспеченностью населения врачами акушерами-гинекологами: в 2015 году – 10,3; в 2016 году – 9,5; койками для беременных женщин, рожениц и родильниц: в 2015 году – 22,0; в 2016 году – 21,2; соотношение между численностью врачей и среднего медицинского персонала значительно ниже, что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа,

реабилитации; диспропорцией в распределении врачебных кадров: излишняя концентрация их в стационарных учреждениях и нехватка в амбулаторно-поликлинических; неадекватно высокой численностью населения, прикрепленного к 1 амбулаторному участку, что трансформирует функции врача в функции оператора по выписке рецептов на лекарственные препараты в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения; отсутствует взаимодействие и преемственность в работе отдельных подразделений ПМСП, что приводит к недостаточной эффективности ее работы в целом; отсутствие системы патронажа и неэффективное наблюдение за больными с хронической патологией.

Все это свидетельствует о необходимости изучения структуры коечного фонда и укомплектованности кадрами в разрезе регионов для улучшения качества и своевременности оказания квалифицированной медицинской помощи; усилением роли акушерок в родах, повышением оснащенности первичного звена с применением инновационных, в том числе мобильных цифровых технологий.

С 2012 года в Республике Казахстан была внедрена новая система оплаты стационарной помощи по клинико-затратным группам (КЗГ). Однако, существующая тарифная политика не чувствительна к сложности пролеченного случая и может создавать стимулы для неэффективной деятельности организаций родовспоможения [131]. Оказание медицинской помощи при крайне тяжелых и тяжелых состояниях (3-й уровень) является убыточным, в связи с чем они стараются компенсировать свои убытки, привлекая чрезмерно большое количество физиологических родов, которые создают высокую нагрузку на коечных фонд, предназначенный для оказания помощи в тяжелых акушерских ситуациях. В этой сложившейся ситуации необходим пересмотр тарифа на оплату услуг родовспоможения и разработка новых КЗГ, более чувствительных к степени тяжести акушерских осложнений с ранжированием весового коэффициента в зависимости от осложнений, сложных операций, дорогостоящих лекарственных препаратов.

Необходимо также отметить необоснованное и нерациональное назначение лекарственных препаратов во время беременности [132]. Среди осложнений наиболее часто наблюдается полипрагмазия, ведущая к развитию нежелательных реакций у 54% беременных [133].

Одним из направлений экономики здравоохранения является клинико-экономический анализ, одним из разделов которого в свою очередь является фармакоэкономический анализ [134]. Использование методов фармакоэкономического анализа на разных уровнях системы здравоохранения позволяет четко обосновать распределение бюджетных средств и выбрать наиболее эффективную и приемлемую альтернативу из сравниваемых медицинских технологий [135]. С помощью мобильных приложений, интернет-рассылок и прочих способов напоминания больным, состоящим на диспансерном наблюдении, о необходимости своевременного приема лекарственных препаратов и своевременного визита к врачу, можно повысить приверженность к терапии и выполнению врачебных рекомендаций.

Демедикализация лечебного процесса – основной постулат современной перинатологии. С учетом этого подхода пересмотр клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, должен способствовать безопасности и фармакоэкономической эффективности препаратов [136].

В настоящее время понятие инновационного развития перинатальной помощи подразумевает «непрерывный процесс качественных изменений в структуре организации в результате создания, применения и распространения новых знаний, технологий, управления, повышения образования и квалификации работников, которые осуществляются с целью экономической эффективности и повышение уровня и качества жизни населения» или трансформация новых знаний в высокие жизненные стандарты [137].

Дальнейшему развитию перинатальной помощи в Республике Казахстан в условиях регионализации должна способствовать Дорожная карта по повышению эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства в Республике Казахстан на 2016-2019 годы, на основе которой каждый регион разработал дорожную карту развития интегрированной модели службы родовспоможения и детства в разрезе региона [138].

Особенный акцент ставится на образовательные мероприятия, в рамках которых составлен список межрегиональных координаторов, национальных тренеров по внедрению эффективной перинатальной помощи и ИВБДВ для проведения и мониторинга внедрения технологий и обучения медицинских работников. Экстренная неонатальная и педиатрическая помощь улучшена за счет охвата обучением более 80% медицинских работников родовспомогательных и детских организаций. В 16 регионах страны функционируют региональные учебные центры по координации внедрения эффективной перинатальной помощи и ИВБДВ. Совместно с международными организациями, такими как ВОЗ, Детский фонд UNICEF, проведена работа с населением по информированию матерей о правилах ухода за детьми до 5 лет, также для молодых родителей издана «Индивидуальная карточка развития ребенка в возрасте от 0 до 5 лет», для сотрудников медицинских организаций методическое пособие «Физическое развитие ребенка в возрасте от 0 до 5 лет» [139].

Интегрированная модель оказания медицинской помощи дает возможность оказывать весь цикл услуг: профилактика, лечебные мероприятия, социальные услуги. При этом эти же услуги будут централизованы на межрайонном, региональном и республиканском уровнях и будут оказываться в медицинских организациях по месту жительства [13, с. 14].

За 2008-2017 годы в Казахстане с момента внедрения международных критериев живорождения перинатальная смертность сократилась в 1,9 раз: с 22,7% до 12,07%, темп убыли составил – 47,1%. По усредненным данным с каждым годом показатель перинатальной смертности уменьшался на 6,8%. По прогнозным оценкам показатель перинатальной смертности в Казахстане будет продолжать снижаться. Ожидается, что к 2020 году показатель перинатальной смертности предположительно составит 11,0% [140].

Наибольшее снижение показателя МС (в 3,4 раза) наблюдалось в 2009-2012 годы в период внедрения трехуровневой системы оказания перинатальной помощи. Однако темпы снижения показателя МС в последующие 2013-2017 годы постепенно ослабились, так как география, плотность, внутренняя миграция населения, а также ментальность и культурные традиции по-прежнему, детерминируют этот процесс, особенно в условиях высокого уровня рождаемости в Южном регионе страны.

К Южному региону Казахстана относятся Алматинская, Жамбылская, КЗО, ЮКО, особенностью которых является неравномерная плотность населения (от 3,5-7,79 до 17 на км²) в субрегионах, женщины фертильного возраста составляют 48% от республиканского показателя, высокий коэффициент рождаемости (22 и выше на 1000 человек) и естественный прирост населения (выше 17 на 1000 человек), показатели МС характеризуются нестабильной динамикой в течение последних 5 лет и варьируют в широких пределах от 5,3 до 46,8 на 100 тыс. живорожденных [141]. При этом в каждом субрегионе регионализация должна проводится с учетом его особенностей.

Для региона с высокой рождаемостью характерны высокий удельный вес первородящих старше 30 лет (29,9%), многорожавших (33,4%), с коротким (менее 2-х лет) интергенетическим интервалом (86,6%), наличием анемии (84,4%), заболеваний почек среди первородящих до 20 лет (50%) и у первородящих старше 30 лет (27,3%), высокий удельный вес анемии у повторнородящих с интергенетическим интервалом между родами 5-9 лет (92,9%) и у многорожавших (88,7%). В регионе с высоким коэффициентом рождаемости у многорожавших с интергенетическим интервалом между родами менее 2-х лет гестоз диагностирован у 23%, а у повторнородящих с интергенетическим интервалом между родами 5-9 лет – у 67,8%, удельный вес угрозы прерывания беременности у первородящих старше 30 лет составляет 75%. При этом необходимо отметить, что в регионе с высоким коэффициентом рождаемости нагрузка на одного врача более 101 родов (по Республике – 81), а дефицит коечного фонда составляет 17,9 акушерских коек на 1000 родов (при нормативе 45). Такое положение требует более детального изучения причин и необходимости регионального подхода.

Определение соответствующего уровня оказания перинатальной помощи, предоставляемой медицинскими организациями, должно руководствоваться утвержденными региональными и республиканскими приказами, национальными руководящими принципами профессиональной организации, также должны быть определены региональные перинатальные потребности в медицинском обслуживании. Оценка реализации интегрированной помощи на всех уровнях позволит определить уязвимые места, которые требуют пересмотра мероприятий по организации медицинской помощи, обучение руководителей и медицинских сотрудников с целью предотвращения ошибок и дефектов.

Решения в области цифрового здравоохранения могут преодолеть факторы, ограничивающие доступ, и нехватку квалифицированных медицинских специалистов и финансовых средств, которые обычно возникают в условиях ограниченных ресурсов. Цифровизация родовспомогательных организаций

здравоохранения в Южных регионах Казахстана должна стать базовой основой развития перинатальной помощи.

Таким образом, существующие модели организации перинатальной помощи позволили значительно улучшить качество медицинских услуг, снизить материнскую и перинатальную смертность. В современных условиях наметившаяся положительная динамика демографического развития является основополагающим резервом снижения репродуктивных потерь и требует дальнейшей разработки и внедрения региональной модели инновационного развития перинатальной помощи, основанной на анализе основных индикаторов перинатальной помощи и отдельных факторов, влияющих на качество перинатальной помощи в разрезе Южного региона Казахстана.

2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программа и организация исследования

Для организации и проведения исследования была разработана программа исследования, включающая 5 этапов, которые взаимосвязаны между собой:

1 этап – определение основных тенденций и направлений совершенствования перинатальной помощи в мире;

2 этап – проведение объективной оценки развития перинатальной помощи населению, в т.ч. динамики уровня и структуры материнской и перинатальной смертности в Южном регионе Казахстана;

3 этап – проведение самооценки пациентов и опроса медицинских работников о качестве оказания перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана;

4 этап – разработка организационно-функциональной модели инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана;

5 этап – проведение оценки результативности внедрения модели инновационного развития перинатальной помощи по динамике основных индикаторов перинатальной помощи и расчет прогнозных значений материнской и перинатальной смертности.

Все этапы являются последовательными, то есть выполнение предыдущего этапа дало основание для разработки и организации следующего этапа исследования. Данный подход позволил выстроить комплексную систему исследования и получить достоверные результаты, направленные на достижение цели – разработка модели инновационного развития перинатальной помощи.

Организация и программа исследования представлена в таблице 2.

Для реализации программы исследования были выполнены мероприятия, представленные ниже.

I. В соответствии с первой задачей определены основные тенденции и направления совершенствования перинатальной помощи в мире на основании обзора 172 источников научной литературы, в т.ч. отечественных и зарубежных.

II. В соответствии со второй задачей проведена объективная оценка динамических изменений в развитии перинатальной помощи в Казахстане, а также деятельности перинатальных центров Южного региона Казахстана, в т.ч. оценка динамики уровня и структуры материнской и перинатальной смертности проводилась с периодичностью 2 года – 2011, 2013, 2015, 2017.

III. В соответствии с целью и задачами исследования в Южном регионе Казахстана изучены:

а) уровень и качество оказания амбулаторно-поликлинической помощи беременным из групп высокого риска (ранняя явка, частота ранних и поздних гестозов, экстрагенитальных заболеваний и невынашивания беременности, заблаговременная госпитализация и т.д.);

б) деятельность стационарных родовспомогательных организаций здравоохранения (частота преждевременных родов, кровотечений, оперативных вмешательств и т.д.);

в) частота и структура материнской и перинатальной смертности.

Таблица 2 - Общая схема организации исследования

<i>Этап/Задача исследования</i>	<i>Метод исследования</i>	<i>Объем исследования</i>
1. Определить основные тенденции и направления совершенствования перинатальной помощи в мире	Библиографический, информационно-аналитический	172 источника научной литературы, в т.ч. отечественных и зарубежных
2. Провести объективную оценку развития перинатальной помощи населению, в т.ч. динамики уровня и структуры материнской и перинатальной смертности в Южном регионе Казахстана	Эпидемиологический, статистические методы (расчет индикаторов и др.) и информационно-аналитический (анализ индикаторов)	Официальные данные МЗ РК за 2011-2017 гг. по перинатальной помощи, анализ статистических данных регионов
3. Провести самооценку пациентов и опрос медицинских работников о качестве оказания перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана	Социологический опрос (анкетирование) пациенток и медицинских работников, статистические методы, в т.ч. корреляционный анализ	Анкеты опроса 2087 родильниц. Анкеты опроса 930 медицинских работников
4. Разработать организационно-функциональную модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана	Информационно-аналитический. Дескриптивное моделирование	Результаты предыдущих этапов исследования
5. Провести оценку результативности внедрения модели инновационного развития перинатальной помощи и рассчитать прогнозные значения материнской и перинатальной смертности	Эпидемиологический, статистические методы, информационно-аналитический (анализ индикаторов)	Официальные данные МЗ РК за 2018-2019 гг. по перинатальной помощи, анализ статистических данных регионов

III. В соответствии со следующей задачей нами проведена оценка качества перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана на основании социологического опроса среди 2087 женщин-родильниц и 930 медицинских работников по организации и оказанию перинатальной помощи. Описание респондентов представлено в разделе «Характеристика материала исследования».

IV. На основании анализа полученных результатов разработана и внедрена модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана.

V. В соответствии с пятой задачей нами проведена оценка результативности внедрения модели инновационного развития перинатальной помощи по динамике основных индикаторов перинатальной помощи за 2018-2019 гг. и рассчитан прогноз материнской и перинатальной смертности до 2025 года.

2.2 Характеристика материала исследования

Объект исследования:

- медицинская статистическая отчетность службы родовспоможения Южного региона Казахстана (Алматинская, Жамбылская, Кызылординская, Южно-Казахстанская области) в период действия Государственных программ «Саламатты Қазақстан» (2011-2015 гг.) и «Денсаулық» (2016-2019 гг.) по годовой форме 32 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильниц», которая включает разделы «Контингенты беременных, проживающих в районе обслуживания организации», «Отдельные заболевания, предшествующие или возникшие во время беременности, осложняющие беременность», «Родовспоможение в стационаре», «Заболевания, осложнившие роды». 19 июня 2018 года Южно-Казахстанская область территориально разделена на Туркестанскую область и город Шымкент. С учетом того, что исследование проводилось с периода 2011 года для сохранения целостности динамики показателей, авторами решено продолжить изучение статистики Туркестанской области и города Шымкента, как единой области.

- официальные статистические данные – сборники МЗ РК «Здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения» (2011-2019 гг) по разделу IX «Медицинская помощь беременным, роженицам и родильницам», «Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц за 2011-2019 гг [142, 143].

- 2087 родильниц Южного региона Казахстана.
- 930 медицинских работников перинатальной службы Южного региона Казахстана.

Характеристика материала исследования - родильниц

Критерии включения:

- возраст родильницы 18 лет и старше;
- женщины, родившие в родовспомогательных организациях Южного региона Казахстана, непосредственно в момент выписки после родов или находившихся под медицинским наблюдением в женских консультациях в послеродовый период;
- информированное согласие.

Критерии исключения:

- беременные;
- роженицы;
- отказ в участии.

Состав выборки:

1) женщины, родившие в родовспомогательных учреждениях Казахстана, непосредственно в момент выписки после родов или находившихся под медицинским наблюдением в женских консультациях в послеродовый период, в т.ч.:

- 20% получивших родовспоможение в сельской местности;
- 60% получивших родовспоможение в городской местности;

- 20% получивших родовспоможение в ОПЦ, независимо от места наблюдения.

Объем выборки: выборка в зависимости от объема генеральной совокупности по четырем областям Южного региона составила 600 женщин в каждой области.

В анкетировании всего приняли участие 2087 родильниц, что составило 86,96% от запланированного объема. Опрос проводился при выписке женщин из роддома или в течение первого месяца после выписки из роддома в женской консультации по месту жительства. Анонимность опроса была гарантирована.

Выборку исследования составили (Таблица 3):

- в целом (90,8%) 3 основные возрастные группы: 34% женщин 26-31 лет, 35,2% женщины 18-25 лет и 21,6% женщины 32-37 лет;

- 49,1% сельских и 46,4% городских женщин;

- 3 равнозначные группы по уровню образования: 34,1% со школьным и 31,2% с высшим образованием, остальные 34,7% со средне-профессиональным и неоконченным высшим образованием;

- в основном, замужние женщины (92%);

- чуть более половины (54,5%) работающие, остальные не работающие;

- чуть более трети (38,1%) из малообеспеченных семей (до 50 тыс. тенге на 1 члена семьи), около половины женщин – со средним доходом (51-100 тыс. тенге), остальные 17,1% – с высоким доходом (более 100 тыс. тенге);

- одна пятая (20,7%) женщин имела первую беременность, 2 беременности имели 29,1% и 3 беременности – 24,5%, остальные 25,7% имели 4 и более беременности;

- абсолютное большинство (86,4%) имели нормальные роды и родили здорового ребенка, остальные имели самопроизвольный выкидыш в ранние сроки (8,8%), медицинский аборт (3,6%) или аборт по социальным показаниям (1,2%).

Таблица 3 - Группировка респондентов социологического опроса (абс. и %)

Распределение респондентов	Группировка	Количество респондентов	
		абс.	%
1	2	3	4
1. По возрасту	от 18 лет до 25 лет	736	35,2
	от 26 до 31 года	710	34,0
	от 32 до 37 лет	450	21,6
	38 и старше лет	191	9,2
	<i>Итого</i>	2087	100,0
2. По месту жительства	Сельская местность (сельский округ, районный центр)	1025	49,1
	Город	968	46,4
	Областной центр	94	4,5
	<i>Итого</i>	2087	100,0

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4
3. По уровню образования	Среднее	711	34,1
	Среднее специальное	594	28,5
	Незаконченное высшее	129	6,2
	Высшее	653	31,2
	<i>Итого</i>	<i>2087</i>	<i>100,0</i>
4. По гражданскому состоянию	Замужем	1919	92,0
	Не замужем	117	5,6
	Разведенная	51	2,4
	<i>Итого</i>	<i>2087</i>	<i>100,0</i>
5. По социальному положению	Работающая	1137	54,5
	Студентка	133	6,4
	Неработающая (саморазвитие)	767	36,8
	Мать-одиночка	50	2,3
	<i>Итого</i>	<i>2087</i>	<i>100,0</i>
6. По уровню доходов в семье (среднемесячный доход на члена семьи)	До 50 тыс. тенге	796	38,1
	От 51 до 100 тыс. тенге	935	44,8
	От 101 до 150 тыс. тенге	257	12,4
	От 151 тыс. тенге и больше	99	4,7
	<i>Итого</i>	<i>2087</i>	<i>100,0</i>
67. По числу предыдущих беременностей	Первая	433	20,7
	Две	607	29,1
	Три	512	24,5
	Четыре	325	15,6
	Пять и больше	210	10,1
	<i>Итого</i>	<i>2087</i>	<i>100,0</i>
78. По исходу предыдущих беременностей	Нормальные роды и рождение здорового ребенка	1803	86,4
	Самопроизвольный выкидыш в ранние сроки беременности	183	8,8
	Медицинский-аборт	75	3,6
	Аборт по социальным показаниям	26	1,2
	<i>Итого</i>	<i>2087</i>	<i>100,0</i>

Характеристика материала исследования – медицинские работники

Для оценки качества перинатальной помощи было проведено социологическое исследование среди медицинских работников.

Критерии включения:

- наличие опыта работы в службе родовспоможения не менее 3 лет;
- работа в медицинских организациях родовспоможения;
- информированное согласие.

Критерии исключения:

- отсутствие работы в службе родовспоможения не менее 3 лет;
- отказ в участии.

Состав выборки: 54,5% акушеров-гинекологов, 7,5% неонатологов, 9,4% терапевтов, 2,9% организаторов здравоохранения, 2,2% кардиологов

(кардиохирургов), 3,9% анестезиологов, 19,6% врачей из числа других медицинских специальностей.

Объем выборки: выборка в зависимости от объема генеральной совокупности по всем категориям специалистов по четырем областям Южного региона составила около 250 респондентов в каждой области. Всего было опрошено 930 врачей, что составило 93,0% от планируемого объема выборки.

Анонимность опроса была гарантирована.

Выборку исследования составили (таблица 4):

- на 2/3 (67%) 3 основные возрастные группы: 31-36 лет (22,6%), 37-45 лет (22,8%) и 46-55 лет (21,6%)
- 85,3% врачей составили женщины, что повторяет гендерное распределение специалистов в акушерстве-гинекологии
 - чуть более половины составили врачи акушеры-гинекологи (54,5%) и неонатологи (7,5%), остальные – специалисты, участвующие в организации или предоставлении перинатальной помощи;
 - 40,4% врачей имели большой стаж работы (20 лет и более), 37% – средний стаж (6-19 лет) и 22,6% – молодые специалисты;
 - 2/3 врачей составили рядовые врачи (75,6%), остальные занимали должности организаторов здравоохранения;
 - более половины врачей (63,8%) составили медицинские специалисты, имеющие высшую и первую категорию, т.е. высокую квалификацию;
 - врачи с ученой степенью составили 11,1%.

Таблица 4 - Группировка респондентов врачебной оценки (абс. и %)

Распределение респондентов	Группировка	Количество респондентов	
		абс.	%
1	2	3	4
1. По возрасту	До 30 лет	185	19,9
	От 31 до 36 лет	210	22,6
	От 37 до 45 лет	212	22,8
	От 46 до 55 лет	201	21,6
	От 56 до 63 лет	103	11,1
	Свыше 63 лет	19	2,0
	<i>Всего</i>	930	100
2. По полу	Женский	793	85,3
	Мужской	137	14,7
	<i>Всего</i>	930	100
3. По врачебным специальностям	Акушер-гинеколог	507	54,5
	Неонатолог	70	7,5
	Терапевт	87	9,4
	Организатор здравоохранения	27	2,9
	Кардиолог(кардиохирург)	20	2,2
	Анестезиолог	36	3,9
	Другие специальности	183	19,6
	<i>Всего</i>	930	100

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4
4. По стажу работы	До 3-5 лет	210	22,6
	От 6 до 10 лет	196	21,1
	От 11 до 20 лет	148	15,9
	От 20 и больше	376	40,4
	<i>Всего</i>	930	100
5. По занимаемой должности	Рядовой врач	703	75,6
	Заведующий отделением	136	14,6
	Заместитель главного врача	31	3,3
	Главный врач	1	0,1
	Научный работник, преподаватель вуза	21	2,3
	Работник управления здравоохранения	38	4,1
	<i>Всего</i>	930	100
6. По квалификационным категориям	Высшая	370	39,8
	Первая	223	24,0
	Вторая	145	15,6
	Нет	192	20,6
	<i>Всего</i>	930	100
7. По научной степени	к.м.н	36	3,9
	д.м.н	8	0,9
	магистр	43	4,6
	доктор PhD	16	1,7
	<i>Всего</i>	103	11,1

2.3 Методы исследования

При проведении исследования использовались следующие методы исследования:

1) информационно-аналитический – анализ директивных и нормативных документов, отчетной документации, современных библиографических научных источников;

2) социологический – проведение анкетирования родильниц: непосредственно в момент выписки после родов или находившихся под медицинским наблюдением в женских консультациях в послеродовый период;

3) метод экспертных оценок – путем проведения анкетирования медицинских работников различных специальностей, работающих в области оказания перинатальной помощи по способу свободного выбора вариантов для определения актуальных проблем организации и оказания перинатальной помощи;

4) статистические – расчет средних и относительных величин, построение временных рядов, корреляционный анализ, расчет статистической достоверности данных, построение таблиц и графиков.

Была использована техника проведения оценки по методу свободного выбора вариантов.

Социологический анализ. Для сбора информации по удовлетворенности родильниц полученной перинатальной помощью применялся письменный опрос (анкетирование) респондентов по специально разработанной анкете (Приложение А) из 30 вопросов.

При определении объема социологического исследования учитывались пропорции численности населения с учетом намечаемого количества респондентов. Расчет числа наблюдений, необходимых для получения статистически значимых результатов, был произведен по формуле 1:

$$N = \frac{t^2 * p * q}{\Delta^2} \quad (1)$$

где N – требуемое число наблюдений;

T - критическое значение стандартного нормального распределения, равный ~2 при уровне $p = 95,0\%$;

P – показатель распространенности явления, было принято, что $P=50\%$, так как соотношение ответов заранее было неизвестно и такой уровень p обеспечивает наибольший минимальный порог объема выборки;

$q = 100 - p$;

Δ – доверительный интервал.

Было принято, что $P = 50\%$, $Q = 50 \%$, $A \Delta = 4,48$.

Таким образом, для доверительной вероятности равной 95% и доверительном интервале $\pm 4,48$, необходимый объем выборки по каждой совокупности должен составить не менее 600 единиц наблюдений.

Статистический анализ. Статистическая обработка включала группировку данных, построение простых и комбинационных таблиц, расчет основных экономических данных [144].

Результаты научного исследования подвергнуты статистической обработке с помощью пакета программы IBM SPSS Statistics 23. Для описания нормально распределенных параметров использовали среднюю арифметическую и стандартное отклонение среднего арифметического.

Использовались общепринятые методы вариационной статистики с вычислением средних величин (M), ошибки средней для абсолютных и относительных величин (m), показателя достоверности различий при сравнении между группами (p).

Для выявления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа, включающий как оценку коэффициента корреляции Спирмена (r), так и уровень его значимости (p).

Рассчитаны темп прироста / убыли по методу линейной регрессии.

Темп прироста/убыли высчитывали по формуле 2.

$$\text{Темп прироста (\%)} = \text{темперст} - 100\% \quad (2)$$

Средний темп прироста – среднее арифметическое темпов прироста за ряд периодов.

Для определения достоверности полученных показателей рассчитывалась средняя ошибка показателя (формула 3):

$$m = \pm \sqrt{\frac{p*q}{n}} \quad (3)$$

где m – средняя ошибка показателя;

p – величина показателя;

q – величина, обратная показателю;

n – число наблюдений.

Для оценки достоверности разности показателей использовался критерий t (Стьюдента), который рассчитывается по формуле 4:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{m_1^2 + m_2^2}{n_1 + n_2}}} \quad (4)$$

где t – критерий достоверности разности

P_1 и P_2 - сравниваемые показатели

m_1 и m_2 – средние ошибки показателей

Различия считались существенными и неслучайными при $t \geq 2$.

Использование в исследовании выборочного исследования и критерия Стьюдента позволяет сделать вывод о существенности различий между средними величинами.

Различия между сравниваемыми средними величинами считались достоверными при вероятности ошибки равной или меньшей 0,05: при $p \leq 0,05$ – различия между группами достоверны, при $p \leq 0,01$ – различия между группами достаточно достоверны, при $p \leq 0,001$ – различия между группами высоко достоверны.

Для сравнения долей использовался Z -критерий по формуле 5:

$$Z = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}} \quad (5)$$

где \bar{X}_1 — среднее значение выборки из первой генеральной совокупности,

μ_1 — математическое ожидание первой генеральной совокупности,

σ_1^2 — дисперсия первой генеральной совокупности,

n_1 — объем выборки, извлеченной из первой генеральной совокупности,

\bar{X}_2 — среднее значение выборки из второй генеральной совокупности,

μ_2 — математическое ожидание второй генеральной совокупности,

σ_2^2 — дисперсия второй генеральной совокупности,

n_2 — объем выборки, извлеченной из второй генеральной совокупности.
Статистика Z имеет стандартизованное нормальное распределение.

Значимость доверительного интервала (ДИ) 95% установлена при p равной или меньшей 0,05.

Для прогнозирования основных показателей (материнская и перинатальная смертность) в период действия Государственной программы развития здравоохранения на 2020-2025 гг. использовался метод экстраполяции существующих трендов на основе регрессивных моделей. Подбор коэффициентов линейной регрессионной зависимости осуществлялся путем обработки данных за предшествующие годы с использованием метода наименьших квадратов по формуле 6:

$$y = b_0 + b_1 * x \quad (6)$$

где y — прогностическое значение показателя,
 x — время (год)
 b_0 , b_1 — коэффициент регрессии, вычисленный для каждой области отдельно.

Адекватность построенной математической модели определялась по величине критерия Фишера, где p должно быть меньше 0,05 (p value <0,05).

После статистической обработки, все полученные данные с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office и Excel переводились в таблицы, графики, диаграммы, что значительно повышает информативность полученных результатов и облегчает восприятие материала. Таким образом, следуя поставленным задачам, для достижения цели исследования, были применены вышеуказанные методы для обеспечения достоверности и репрезентативности полученных результатов.

3 МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ИНДИКАТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

3.1 Демографическая ситуация Южного региона Казахстана

Как известно, репродуктивный потенциал является базовой основой формулирования и развития инфраструктуры службы, занятых оказанием медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

С целью изучения закономерностей развития перинатальной помощи населению проведена оценка динамики демографических показателей амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в Южном регионе Казахстана (данные в виде таблиц представлены в Приложении Б).

Установлено, что в 2011 году доля женщин фертильного возраста в общей численности населения Республики Казахстан составила 26,9% (Приложение Б, таблица 3.1).

При этом наибольшее цифровое значение изучаемого показателя обнаруживалось в ЮКО (23%), а наименьшее – в КЗО (18,7%), при этом доля женщин репродуктивного возраста во всех областях Южного региона Казахстана была ниже среднереспубликанского показателя. Показано, что через 2 года в 2013 году доля женщин репродуктивного возраста среди всего населения страны снизилась на 5,9%. При этом в Алматинской области наблюдалось ее увеличение на 17,9%. Далее обнаружено, что в 2015 году наблюдалось увеличение изучаемого показателя в целом по стране на 2,8%, при этом наметившаяся тенденция к повышению наблюдалась во всех областях Южного региона Казахстана, которая продолжилась в последующий рассматриваемый период в 2017 году с темпами прироста от 0,8 до 23,1%. Однако значения этого показателя в Южном регионе оставались ниже республиканского уровня (рисунок 2).

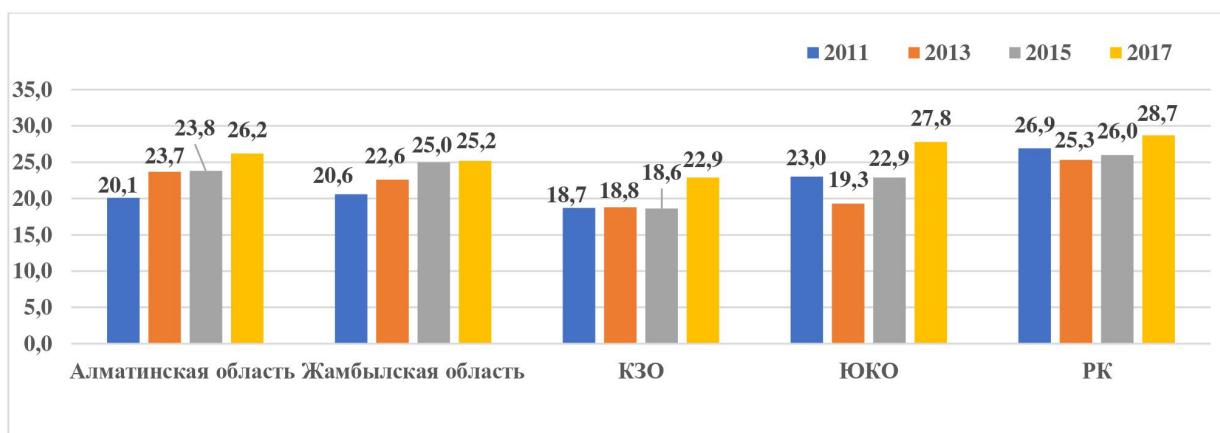


Рисунок 2 - Динамика показателей доли женщин фертильного возраста в Южном регионе и РК (%)

При изучении рождаемости в Южном регионе Казахстана было показано, что в 2011 году уровень рождаемости в стране составлял 22,5 на 1000 родившихся живыми (Приложение Б, таблица 3.2).

При этом самый высокий уровень рождаемости наблюдался в ЮКО (30,6). Следует отметить, что в остальных областях Южного региона Казахстана показатель рождаемости был выше среднереспубликанского значения.

Дальнейший анализ показывает, что через 2 года в 2013 году среднереспубликанский показатель рождаемости увеличился на 1% и составил 22,7 на 1000 родившихся живыми. При этом рождаемость в Алматинской области увеличилась на 1,6%. Напротив, в Жамбылской области, КЗО, ЮКО отмечалось снижение уровня рождаемости на 1,6%, 5,7% и 3,3% соответственно.

Показано, что в 2015 году уровень рождаемости в стране по сравнению с 2013 годом не изменился и составил 22,7 на 1000 родившихся живыми.

При этом в Южном регионе Казахстана зафиксировано снижение данного показателя – 1,9% в ЮКО, 4,2% в Жамбылской области, 3,4% в КЗО.

В 2017 году зафиксировано увеличение показателя в целом по стране на 1,5%, что составило 23,0 на 1000 родившихся живыми (рисунок 3).

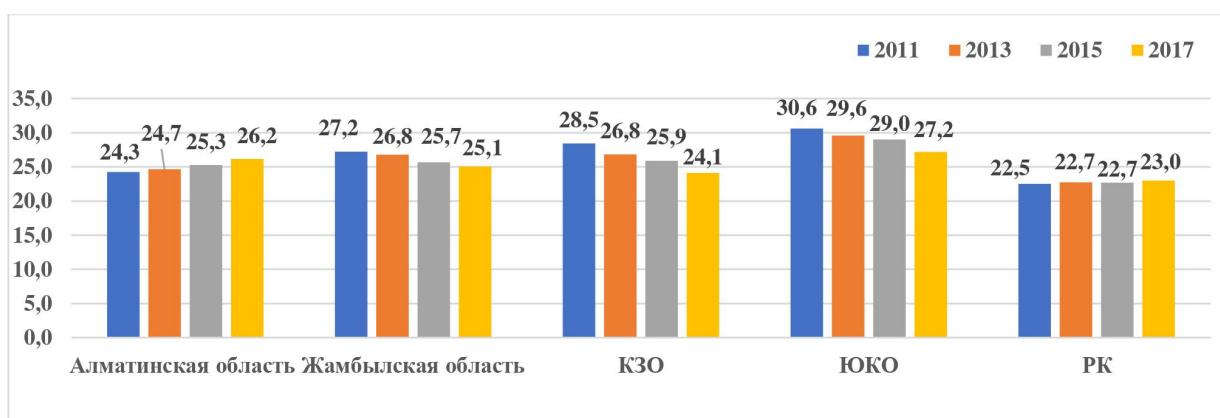


Рисунок 3 - Динамика показателей рождаемости в Южном регионе и РК (1000 родившихся живыми)

Таким образом, проведенные аналитические исследования динамики процессов показали, что в Южном регионе Казахстана в 2011-2017 годах на фоне повышения доли женщин репродуктивного возраста с 20,6% до 25,5% (в РК – от 26,9% до 28,7%) в структуре населения среднегодовые показатели рождаемости оставались самыми высокими по стране и составили от 27,6 до 25,6 на 1000 родившихся живыми (в РК – от 22,5 до 23,0 на 1000 родившихся живыми), несмотря на то, что рождаемость за изучаемый период снизилась по региону с 27,6 до 25,6 на 1000 родившихся живыми (рисунок 4).

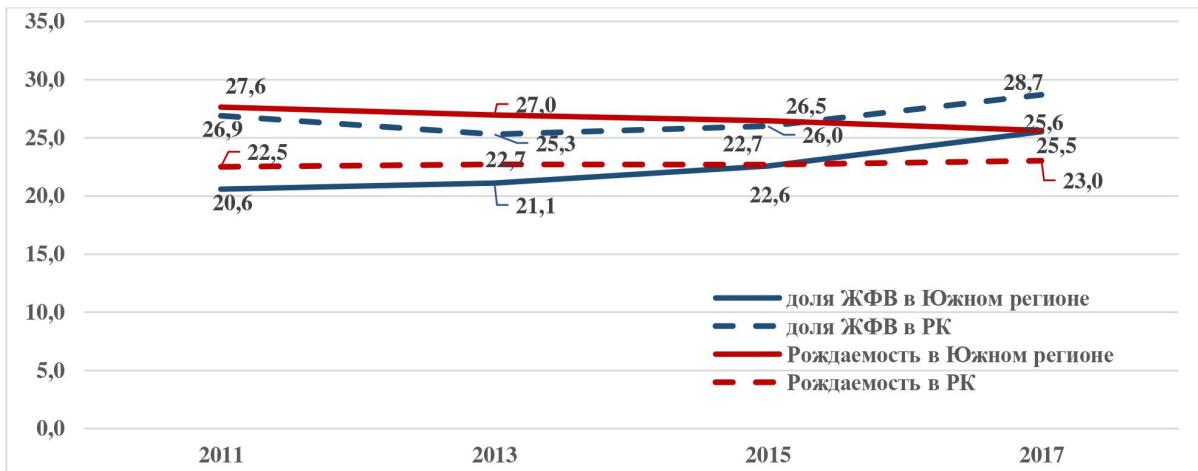


Рисунок 4 - Динамика показателей доли женщин фертильного возраста (%) и рождаемости (1000 родившихся живыми) в Южном регионе и РК

Основные результаты опубликованы в статье «Репродуктивный потенциал в южных регионах Республики Казахстан» [145].

3.2 Частота и структура перинатальных рисков во время беременности

В данном разделе представлены результаты изучения перинатальных рисков – низкая частота ранней явки беременных женщин в женскую консультацию (ЖК), частота ранних токсикозов, ПЭ, экстрагенитальных заболеваний, низкая частота заблаговременной госпитализации беременных женщин группы высокого риска.

Известно, что ранняя явка беременных женщин в ЖК является важным условием оказания своевременной лечебно-профилактической помощи беременным и обеспечивает снижение перинатальных рисков как для матери, так и для плода.

Изучение динамики изменения этого важнейшего показателя в Южном регионе Казахстана (Приложение Б, таблица 3.3) показало, что в 2011 году ранняя явка беременных женщин в женскую консультацию на всех изучаемых административных территориях колебалась в пределах среднереспубликанских значений и находилась до 83,7 на 100 беременных в Жамбылской области. В 2013 году в южных областях страны наблюдалось незначительное увеличение изучаемого показателя. В 2015 году наметившаяся тенденция к увеличению охвата беременных ранней явкой в женскую консультацию была более выражена, темп увеличения варьировал от 2,6% в ЮКО до 15,4% – в Алматинской области. В 2017 году темп увеличения колебался от 1,3% в Жамбылской области до 9,1% – в КЗО (рисунок 5).

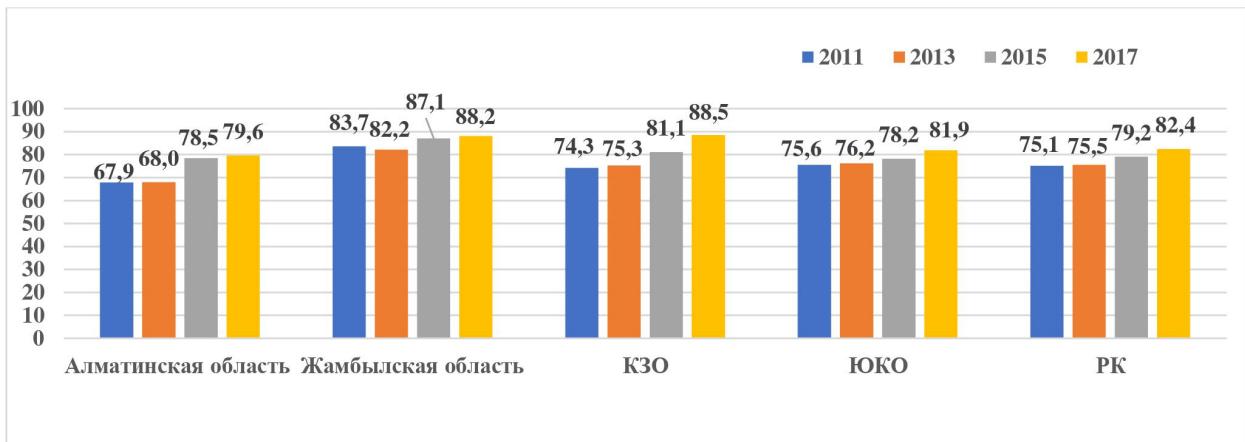


Рисунок 5 - Частота ранней явки беременных в женскую консультацию на 100 беременных в Южном регионе и РК

Можно полагать, что позитивная динамика изучаемого показателя свидетельствует о повышении солидарной ответственности населения за свое здоровье, а также создает благоприятные базовые условия для своевременного начала лечебно-профилактических мероприятий, которые направлены на снижение перинатальных рисков для беременных женщин и внутриутробного развития плода.

Патология беременности как индикатор перинатального риска

Поскольку токсикозы являются ранним проявлением адаптации фетоплацентарного комплекса к новым условиям позиционирования, была изучена частота и динамика развития этого индикатора перинатальных рисков в Южном регионе страны.

Проведенные аналитические исследования показали (Приложение Б, таблица 3.4), что в 2011 году по сравнению со среднереспубликанским значением самая низкая частота развития ранних токсикозов наблюдалась в КЗО (0,8 на 100 беременных), а самая высокая – в ЮКО (2,2). В остальных южных областях частота ранних токсикозов колебалась в диапазоне среднереспубликанского показателя. В 2013 году наблюдалось повышение частоты ранних токсикозов в Алматинской области и КЗО, эта тенденция сохранилась и в 2015 году. При этом в Жамбылской области, ЮКО частота ранних токсикозов уменьшилась на 25,0%, 4,8% соответственно, в Алматинской области изучаемый показатель приближался к среднереспубликанскому значению. При этом в КЗО он увеличился в 1,3 раза. Еще через 2 года в 2017 году частота ранних токсикозов в Алматинской области (2,0 на 100 беременных), ЮКО (2,1) соответствовали среднереспубликанскому значению, а в Жамбылской области и КЗО он был ниже, соответственно 1,7 и 1,6 на 100 беременных.

Проведенный анализ динамики частоты ранних токсикозов показал, что частота ранних токсикозов имела тенденцию к повышению, как в Южном регионе, так и по стране в целом.

Другая картина наблюдалась при изучении частоты и динамики развития преэклампсии среди беременных женщин Южного региона Казахстана

(Приложение Б, таблица 3.5).

Установлено, что при среднереспубликанском значении 5,4 на 100 беременных женщин в КЗО, Жамбылской области изучаемый показатель составлял соответственно 11,1, 8,1 на 100 беременных, а в ЮКО обнаруживалось самая низкая частота преэклампсии (1,3 на 100 беременных). Далее показано, что в 2013 году повышение частоты преэклампсии наблюдалось в ЮКО. В 2015 году, за исключением ЮКО, в которой частота преэклампсии увеличилась на 13,3%, во всех других южных областях страны зафиксировано значительное снижение изучаемого индикатора по сравнению с 2013 годом. Далее установлено, что в 2017 году в КЗО и ЮКО наблюдалось катастрофическое увеличение (в 2,5 и в 1,6 раз соответственно) частоты преэклампсии, а в Алматинской, Жамбылской областях отмечено значительное ее снижение. Следует отметить, что эти явления наблюдались в условиях повышения частоты ПЭ в целом по стране (рисунок 6).

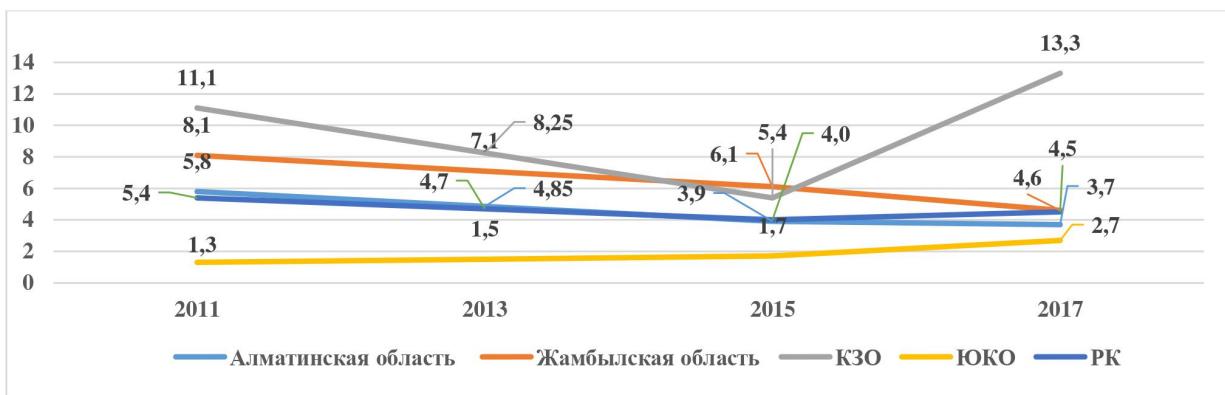


Рисунок 6 - Частота преэклампсии на 100 беременных в Южном регионе и РК

В структуре причин материнской смертности преэклампсии занимает первое место (21,4 %) и не имеет тенденцию к стабильному снижению. Изучение показателей частоты преэклампсии показало значительную тенденцию к повышению в КЗО и ЮКО и медленное снижение в других областях и по стране в целом, что свидетельствует о необходимости определения причин или факторов, влияющих на возникновение ПЭ для разработки и внедрения новых технологий досимптомной диагностики ПЭ, а также оптимизации подходов раннего выявления и активного ведения беременных группы риска развития преэклапсии.

Экстрагенитальные заболевания как индикатор перинатального риска

Наличие патологии беременности в большинстве случаев обусловлено скрытой или хронической экстрагенитальной патологией. Знания о тенденциях выявления экстрагенитальной патологии во время беременности приобретают актуальное значение для своевременной организации и мониторинга медицинской помощи на различных этапах.

В связи с этим нами были проведены сравнительные исследования по изучению данной проблемы в Южном регионе Казахстана.

При изучении частоты болезней сердечно-сосудистой системы, выявляемых в ранние сроки беременности у женщин, проживающих в Южном регионе страны, установлено (Приложение Б, таблица 3.6), что в 2011 году наибольшая частота данных заболеваний среди беременных женщин отмечалась в Жамбылской области (2,24 на 100 беременных), а наименьшая – в Алматинской области (0,8) и ЮКО (1,0). При этом вышеуказанные показатели в Алматинской области, КЗО и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в Жамбылской области соответственно превышал уровень среднереспубликанского значения.

В 2013 году по сравнению с 2011 годом частота сердечно-сосудистых болезней у беременных женщин в Алматинской области увеличилась в 1,6 раза. Одновременно установлено, что в КЗО и Жамбылской области наблюдалось снижение данного показателя на 26,8% и 8,2% соответственно. В 2015 году увеличение показателя наблюдалось в Алматинской области, ЮКО.

Далее показано, что в 2017 году на фоне значительного увеличения среднереспубликанского показателя до 2,24 на 100 беременных, в Алматинской, Жамбылской областях, КЗО и ЮКО наблюдалось синхронное увеличение выявляемости сердечно-сосудистых болезней в ранние сроки беременности. В целом, показатели в Жамбылской области и ЮКО выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской области и КЗО остаются ниже среднереспубликанского значения.

Интерпретация полученных данных позволяет, с одной стороны, полагать, что в течение 2011-2017 годов амбулаторно-поликлиническими организациями службы родовспоможения предприняты дополнительные меры по более качественному выявлению изучаемых заболеваний, а с другой, следует понимать, что перинатальные риски для матери и плода увеличиваются, если не обеспечивается целенаправленное лечение и наблюдение за состоянием здоровья беременной женщины и внутриутробного плода.

Результаты изучения частоты обострений сердечно-сосудистых заболеваний во второй половине беременности представлены в приложении Б, таблице 3.7.

Показано, что в 2011 году уровень изучаемого показателя в Жамбылской области был в 1,7 раза выше среднереспубликанского показателя, а в Алматинской области (в 1,7 раза), ЮКО (в 1,4 раза) и КЗО (в 1,2 раза), наоборот, ниже. Установлено, что в 2013 и 2015 годах в Алматинской области, ЮКО зафиксировано увеличение исследуемого индикатора; в Жамбылской области – некоторое снижение; в КЗО данный показатель уменьшился более, чем в два раза. При этом в 2015 году вышеуказанные показатели в КЗО и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатели в Алматинской Жамбылской областях были соответственно выше среднереспубликанского значения.

Дальнейшие динамические исследования показали, что в 2017 году частота обострений сердечно-сосудистых заболеваний во второй половине беременности в целом по стране по сравнению с 2011 и 2015 годами увеличилась более, чем в 1,5 раза. На этом фоне в Алматинской, Жамбылской областях значение изучаемого показателя увеличилось на 31,0 % и 39,2 % соответственно;

в КЗО – в 2,4 раза, а в ЮКО соответствовали среднереспубликанскому показателю (рисунок 7).

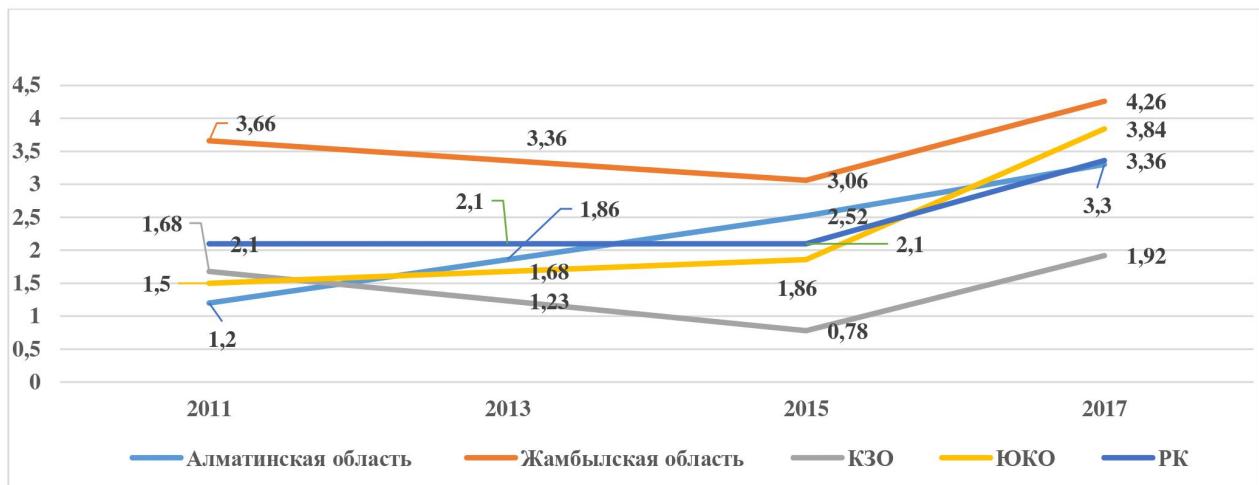


Рисунок 7 - Частота обострений сердечно-сосудистых заболеваний во второй половине беременности (100 беременных) в Южном регионе и РК

За изученный период 2011-2017 гг. показатели частоты сердечно-сосудистых заболеваний имеют значительную тенденцию к повышению во всех областях Южного региона Казахстана. Сопоставление полученных результатов с частотой сердечно-сосудистых заболеваний в ранние сроки беременности могут свидетельствовать о недостаточно эффективном мониторинге за состоянием здоровья и качеством лечения экстрагенитальных заболеваний во второй половине беременности. Понятно, что чем чаще встречаются сердечно-сосудистые заболевания во второй половине беременности, тем больше возникают перинатальные риски.

На следующем этапе проведенного аналитического исследования была изучена динамика частоты системных заболеваний сердца, сосудов и суставов (Приложение Б, таблица 3.8).

Исследования показали, что в целом по стране частота системных заболеваний сердца, сосудов и суставов в ранние сроки беременности оставалась стабильной и составляла 0,04 на 100 беременных. При этом в 2011 году частота этих заболеваний в Жамбылской области и КЗО была наименьшей (0,01 и 0,02 на 100 беременных); в ЮКО – наибольшей (0,05), а в Алматинской области (0,03) приближалась или равнялась среднереспубликанскому значению. В 2015 году на фоне уменьшения среднереспубликанского показателя на 14,3% в Жамбылской области уровень изучаемого показателя повысился соответственно на 50%. В ЮКО, напротив, уменьшился на 11,1%, а в Алматинской области и КЗО остался неизменным. В целом, показатели в ЮКО выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской и Жамбылской областях соответствуют среднереспубликанскому, КЗО остаются ниже среднереспубликанского значения. В 2017 году на фоне повышения среднереспубликанского показателя до 0,04 в Жамбылской области наблюдалось троекратное снижение изучаемого

индикатора. В остальных Южных регионах страны частота системных заболеваний сердца, сосудов и суставов не изменилась по сравнению с 2015 годом. Анализ показал, что с 2011 по 2017 годы вышеуказанные показатели в Алматинской, Жамбылской областях и КЗО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в ЮКО был соответственно выше среднереспубликанского значения.

Аналогичный анализ частоты обострений системных заболеваний сердца, сосудов и суставов во второй половине беременности показал (Приложение Б, таблица 3.9), что обнаруженные тенденции в частоте первой половине беременности не изменились.

Здесь следует отметить, что несмотря на то, что эти заболевания на порядок реже встречаются у беременных, чем сердечно-сосудистые заболевания, качество мониторинга за течением беременности и негативным влиянием на состояние внутриутробного плода, должно быть систематичным, с принятием своевременных лечебно-тактических мероприятий.

В следующем фрагменте проведенных исследований представлены результаты изучения частоты болезней органов дыхания у беременных женщин в ранние сроки беременности (Приложение Б, таблица 3.10).

Установлено, что в 2011 году при среднереспубликанском показателе 1,28 на 100 беременных в Жамбылской области частота распространенности болезней органов дыхания была значительно выше и составляла 2,8 на 100 беременных. В остальных областях Южного региона Казахстана значения изучаемого показателя были ниже, а самый низкий наблюдался в ЮКО (0,24 на 100 беременных). В целом, показатели в ЮКО выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской и Жамбылской областях соответствуют среднереспубликанскому, КЗО остаются ниже среднереспубликанского значения.

В 2015 году по сравнению с предыдущим годом сравнения в Алматинской, Жамбылской областях и ЮКО частота болезней органов дыхания у беременных в ранние сроки беременности значительно повысилась; а в КЗО обнаруживалось малообъяснимое снижение (до 0,16 на 100 беременных). В 2017 году по сравнению с 2015 годом частота болезней органов дыхания у беременных ЮКО не изменилась; в КЗО увеличилась в 6 раз, в Алматинской области увеличилась на 25,9%, в Жамбылской области отмечается небольшое снижение. Резкие колебания данного показателя в КЗО могут свидетельствовать о проблемах регистрации и учета заболеваний. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской, Жамбылской областях и КЗО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в ЮКО был соответственно выше среднереспубликанского значения.

Изучение частоты обострений болезней органов дыхания во второй половине беременности показало (Приложение Б, таблица 3.11), что в 2011 году в ЮКО и Алматинской области показатель был в 5,3 и 2 раза ниже среднереспубликанского значения, а Жамбылской области, наоборот, в 2,2 раза выше.

В 2015 году во всех областях Южного региона Казахстана по сравнению с 2013 годом наблюдалось повышение уровня частоты обострений болезней

органов дыхания во второй половине беременности, за исключением КЗО. При этом самое значительное увеличение значения изучаемого показателя отмечалось в Алматинской области (на 25,6%). В целом, показатель в Жамбылской выше среднереспубликанского значения в 2,8 раза, показатели в Алматинской области, КЗО и ЮКО остаются ниже среднереспубликанского значения.

Установлено далее, что в 2017 году по сравнению с 2015 годом в ЮКО уровень изучаемого показателя не изменился; в КЗО он увеличился в 6 раз, а в Алматинской области на 25,9% (рисунок 8). Резкое снижение данного показателя в 2015 году и увеличение в 2017 году в КЗО еще раз свидетельствует о имеющихся проблемах в регистрации и учете заболеваний в КЗО. При этом в период с 2011 по 2017 годы вышеуказанные показатели в Алматинской области, КЗО и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в Жамбылской области значительно превышал среднереспубликанские значения.

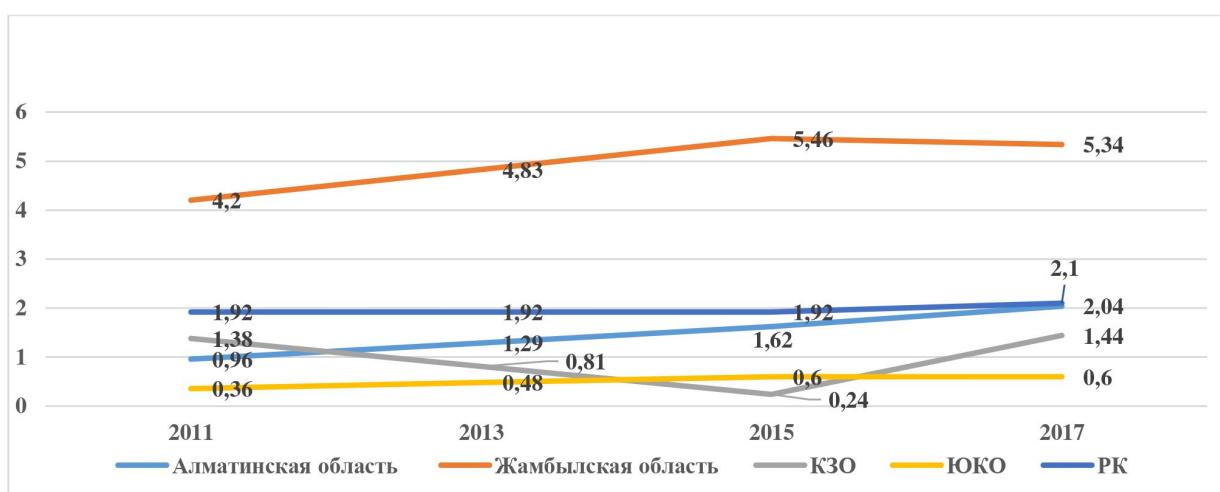


Рисунок 8 - Частота обострений органов дыхания во второй половине беременности (100 беременных) в Южном регионе и РК

За период 2011-2017 гг. наблюдается стойкая тенденция увеличения частоты заболеваний органов дыхания во всех областях Южного региона Казахстана. Оценивая полученные результаты можно полагать, что частота обострений болезней органов дыхания зависела не только от своевременного их выявления, но и от сезонных колебаний острых респираторных заболеваний, которые в различных областях Южного региона страны различны. Здесь возрастает значение профилактической работы, направленной на своевременного обращение к врачу, вреде самолечения, которые могут быть причиной внутриутробного заражения плода, оказав неблагоприятное воздействие на течение беременности и родов.

Следующий фрагмент проведенного исследования был посвящен изучению частоты болезней почек и мочевыводящих путей у беременных Южного региона страны (Приложение Б, таблица 3.12).

Установлено, что в 2011 году частота болезней почек и мочевыводящих

путей в ранние сроки беременности в Южном регионе Казахстана была в Жамбылской области (19,32 на 100 беременных) и в КЗО (8,92 на 100 беременных), а самой низкой – в Алматинской области (2,56) и ЮКО (3,2). В целом, показатели в ЮКО и Алматинской области ниже среднереспубликанского значения, показатели в Жамбылской области и в КЗО остаются выше среднереспубликанского значения.

В 2013 году по сравнению с 2011 наблюдалось увеличение значения изучаемого показателя в Алматинской области (в 1,9 раз) и ЮКО (1,2 раза). При этом в Жамбылской области и КЗО произошло (соответственно на 24,4 и 27,6%) уменьшение частоты болезней почек и мочевыводящих путей. В 2017 году по сравнению с 2015 годом в КЗО и ЮКО происходило дальнейшее повышение частоты изучаемого показателя. В Алматинской, Жамбылской областях обнаруживалось статистически снижение. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанный показатель в ЮКО был ниже среднереспубликанского значения, а показатели в Жамбылской области и в КЗО были соответственно выше среднереспубликанского значения.

Проведенные сравнительные исследования показали, что болезни почек и мочевыводящих путей являются самой частой патологией среди всех экстрагенитальных заболеваний, сопровождающих беременность. Отсюда необходимость особого внимания к вопросам раннего выявления патологии почек и мочевыводящих путей, комплексной диагностики и качественного лечения для минимизации перинатальных рисков для беременных женщин и внутриутробного плода.

Далее исследование частоты обострений болезней почек и мочевыводящих путей во второй половине беременности (Приложение Б, таблица 3.13) показало, что в 2011 году среднереспубликанский показатель составлял 9,4 на 100 беременных.

При этом наиболее высокий уровень изучаемого показателя наблюдался в Жамбылской области (29,0 на 100 беременных), а самый низкий – в Алматинской области (3,8) и ЮКО (4,8), в остальных областях Южного Казахстана значение данного показателя на 25-35% выше, чем в среднем по стране. В 2013 году зафиксировано почти двухкратное повышение уровня изучаемого показателя в Алматинской области, в ЮКО он повысился на 16,7%, Жамбылской области снизился на 24,5%, КЗО – на 27,6%. В 2017 году по сравнению с 2015 годом лишь в КЗО (более чем в 2 раза) и ЮКО (на 9,4%) определялось повышение частоты обострений болезней почек и мочевыводящих путей у беременных во второй половине беременности. В остальных областях Южного региона страны обнаруживалось его снижение (рисунок 9).

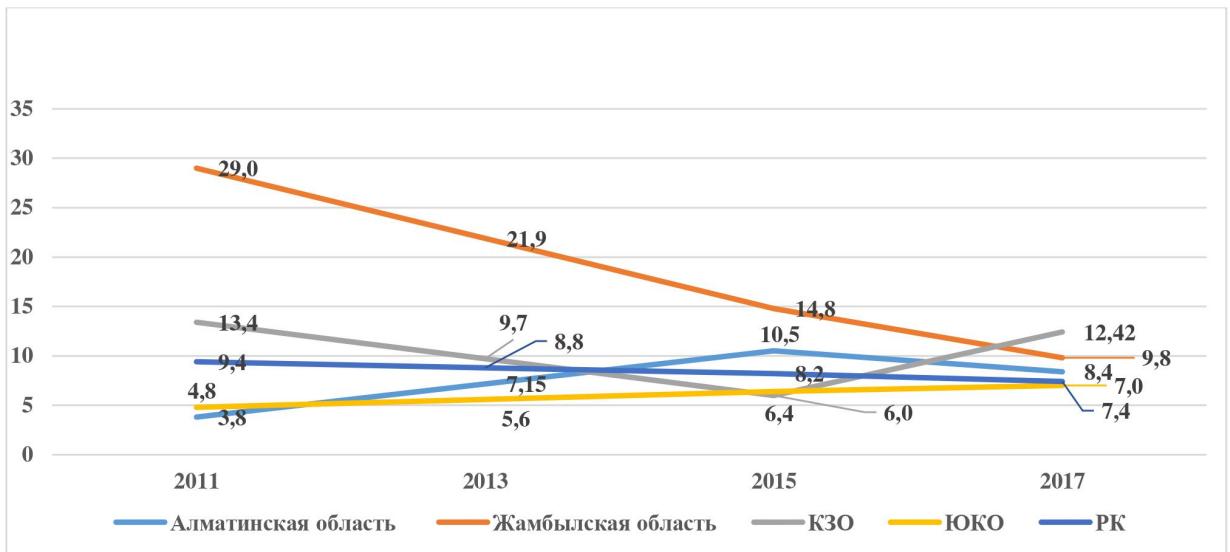


Рисунок 9 - Частота обострений болезней почек и мочевыводящих путей во второй половине беременности (100 беременных) в Южном регионе и РК

За анализируемый период наблюдается стойкая тенденция увеличения частоты заболеваний почек и мочевыводящих путей в Алматинской области, КЗО и ЮКО. В Жамбылской области снижение данного показателя, что возможно связано с гипердиагностикой в предшествующие годы.

В соответствие со структурой общей заболеваемости населения на следующем этапе исследования было проведено изучение динамики частоты болезней органов пищеварения у беременных женщин Южного региона Казахстана (Приложение Б, таблица 3.14).

Показано, что в 2011 году при среднереспубликанском показателе 0,72 на 100 беременных, КЗО его значение превышало в 2 раза, а в Жамбылской области – на 28,0%. В то же время в Алматинской области и ЮКО частота болезней органов пищеварения, наоборот, была в 3 раза реже среднереспубликанского показателя. В следующий год сравнения в 2013 году значительное (в 2 раза) увеличение уровня исследуемого показателя отмечалось в Алматинской области. В ЮКО (+8,3%) и Жамбылской областях (+2,0%) такая тенденция была менее выражена, а КЗО изучаемый показатель снизился почти в 1,8 раза. Установлено, что в 2017 году в Алматинской и Жамбылской областях уровень изучаемого показателя снизился соответственно в 2 раза и на 15,4%, в КЗО, наоборот, увеличился в 3,2 раза, а в ЮКО – не изменился.

Изучение частоты обострений болезней органов пищеварения у беременных во второй половине беременности показало (Приложение Б, таблица 3.15), что в 2011 году при среднереспубликанском показателе 1,08 на 100 беременных самый высокий уровень изучаемого показателя зарегистрирован в КЗО (2,22) и Жамбылской области (1,5), а в Алматинской области и ЮКО частота обострений болезней органов пищеварения была в 3 раза ниже среднереспубликанского показателя. Установлено далее, что в следующем изучаемом 2013 году обнаруживалось увеличение частоты обострений болезней органов пищеварения

во всех областях Южного региона Казахстана, за исключением КЗО. Однако, самое значительное (в 1,9 раза) повышение наблюдалось в Алматинской области, а снижение (в 1,8 раз) – в КЗО. В других регионах страны повышение уровня изучаемого показателя было не значительным по сравнению с 2011 годом. В целом, показатели в Жамбылской области и в КЗО выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской и ЮКО остаются ниже среднереспубликанского значения.

В 2017 году в Алматинской (-52,9%) и Жамбылской (-15,4%) областях данный показатель снизился, в КЗО (в 3,2 раза) – повысился, а в ЮКО он не изменился. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской области и в ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатели в Жамбылской области и КЗО были соответственно выше среднереспубликанского значения. Здесь следует отметить, что болезни органов пищеварения во время беременности часто являются причиной развития преэклампсии и, наоборот, эти осложнения беременности провоцируют обострение болезней органов кровообращения. Поэтому дифференциальная диагностика и целенаправленное лечение этих экстрагенитальных заболеваний является надежной гарантией снижения перинатальных рисков для матери и внутриутробного плода (рисунок 10).

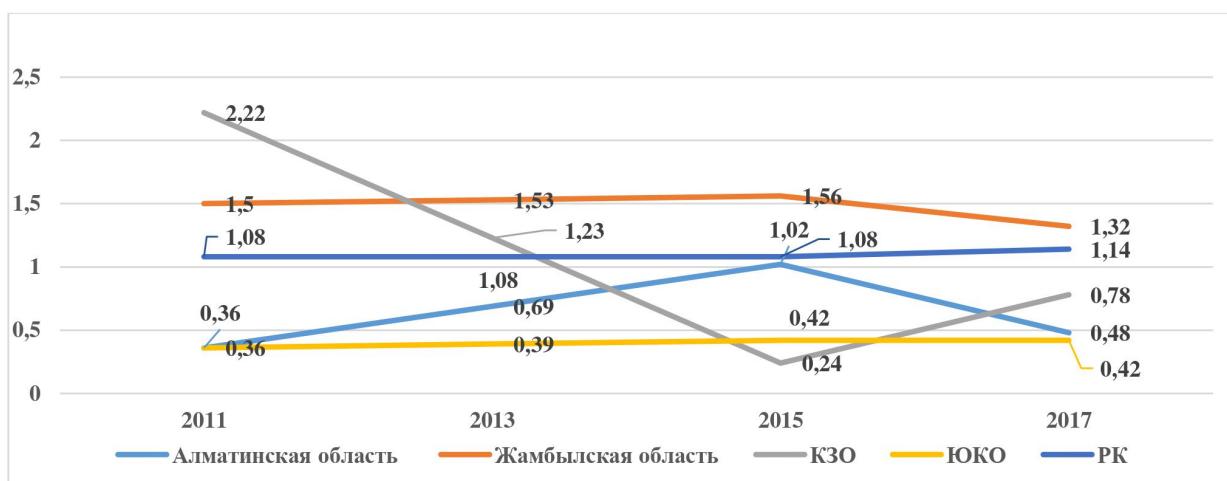


Рисунок 10 - Частота обострений болезней органов пищеварения во второй половине беременности (100 беременных) в Южном регионе и РК

За период 2011-2017 гг. наблюдается тенденция увеличения частоты заболеваний пищеварительной системы во всех областях Южного региона Казахстана, за исключением Жамбылской области, где уровень показателя практически не меняется и в КЗО, где имеется особенность волнообразного течения динамики данного показателя, что отличает эту область от других.

Известно, что в последнее десятилетие в РК актуальными стали эндокринные заболевания, особенно ожирение и сахарный диабет беременных. Изучению частоты этих заболеваний среди беременных Южного региона Казахстана посвящен следующий фрагмент.

Показано (Приложение Б, таблица 3.16), что в 2011 году при среднереспубликанском показателе 1,92 на 100 беременных в Жамбылской области частота основных эндокринных заболеваний в ранние сроки беременности была в 1,9 раза выше, в Алматинской области и ЮКО, напротив, соответственно в 2 и 9,6 раза ниже. В целом, показатель в Жамбылской области выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской области, КЗО и ЮКО остаются ниже среднереспубликанского значения.

В 2013 году по сравнению с 2011 годом во всех южных областях за исключением ЮКО (+10,0%) наблюдалось снижение значения изучаемого показателя. Причем, в наибольшей степени такая динамика определялась в Алматинской области и в КЗО (почти в 2 раза).

В 2017 году по сравнению с 2015 годом в Алматинской области частота основных эндокринных болезней в ранние сроки беременности увеличилась в 6,5 раза, в КЗО в 6,7 раза, в Жамбылской области на 25,9%, в ЮКО в 2 раза. При этом в изучаемый период 2011-2017 годов среднереспубликанский показатель превышал значения вышеуказанных показателей в Алматинской области, КЗО и ЮКО, а в Жамбылской области этот показатель, наоборот, был выше среднереспубликанского.

Изучение динамики частоты обострений эндокринных болезней во второй половине (Приложение Б, таблица 3.17) показало, что в сравнении со среднереспубликанским показателем в Жамбылской области (в 2 раза) частота обострений эндокринных болезней во второй половине беременности была выше. В остальных южных областях страны зафиксировано значительно более низкие значения изучаемого показателя. Причем, в ЮКО обнаружилось то, что они были почти в 10 раз ниже, чем в среднем по стране.

В 2013 году по сравнению с 2011 годом во всех южных областях страны, за исключением ЮКО, обнаруживалось значительное снижение изучаемого показателя – в Алматинской области в 1,7 раза, в КЗО в 1,8 раза.

В 2017 году по сравнению с 2015 годом в Алматинской области, КЗО, ЮКО и Жамбылской области значение изучаемого показателя увеличилось в 5,5, 5,7, 2 раза и на 25,9% соответственно. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской, КЗО и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в Жамбылской области был соответственно выше среднереспубликанского значения (рисунок 11).

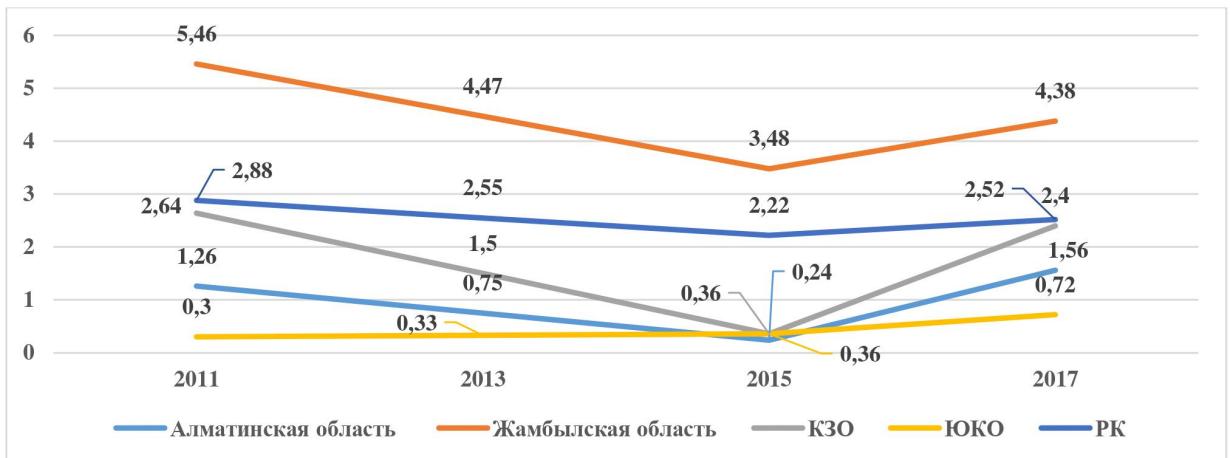


Рисунок 11 - Частота обострений эндокринных болезней во второй половине беременности (100 беременных) в Южном регионе и РК

Таким образом, показатель частоты болезней эндокринной системы за период 2011-2017 гг. имеет тенденцию к увеличению во всех областях Южного региона. Полученные результаты, по-видимому, могут свидетельствовать о недостаточной работе женских консультаций по выявлению и лечению основных эндокринных заболеваний до беременности, в ранние сроки беременности, а также о необходимости более тщательного соблюдения клинических протоколов ведения беременности, усиление профилактической работы на уровне ПМСП.

На заключительном этапе была исследована частота нервно-психических расстройств и болезней.

Установлено (Приложение Б, таблица 3.18), что в 2011 году при среднереспубликанском показателе 0,24 на 100 беременных в Алматинской области и ЮКО частота нервно-психических расстройств и болезней в ранние сроки беременности была в 2 и 3 раза меньше, а в Жамбылской области, КЗО, напротив, в 2 и 3 раза больше. В 2013 году при сопоставлении с 2011 годом в Алматинской области, ЮКО частота изучаемого показателя не изменилась, в Жамбылской области увеличилась на 16,7%. В 2015 году показатель увеличился в Жамбылской области на 14,3%. В целом, показатель в Жамбылской области выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской области, КЗО и ЮКО остаются ниже среднереспубликанского значения. В следующем году сравнения в 2017 году происходили неоднозначные изменения. Так, в КЗО, частота нервно-психических расстройств и болезней увеличилась в 6 раз, в Жамбылской области на 6,3%, а в других областях Южного региона страны значение изучаемого показателя не изменилось. Резкие изменения в динамике данного показателя в КЗО еще раз свидетельствуют о возможной проблеме в регистрации заболеваний в данной области. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской области и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в Жамбылской области был соответственно выше среднереспубликанского значения. В КЗО данный

показатель превышал среднереспубликанские значения в 2011, 2015 годах, в последующий период был ниже среднереспубликанского.

Как показано в Приложении Б, таблице 3.19, частота обострений нервно-психических расстройств и болезней в различных регионах Казахстана колебалась в широком диапазоне. При этом в 2011 году в Жамбылской области, КЗО значение изучаемого показателя была в 2 раза выше среднереспубликанского показателя, а в Алматинской области, ЮКО, напротив, значительно ниже.

В 2015 году в Жамбылской области частота обострений нервно-психических расстройств и болезней увеличилась на 14,3%, в КЗО уменьшилась соответственно на 23,1%, а в Алматинской области и ЮКО не изменилась. В целом, показатели в Жамбылской области и КЗО выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской и ЮКО остаются ниже среднереспубликанского значения.

Установлено далее, что в 2017 году в КЗО данный показатель уменьшился на 40% и был ниже среднереспубликанского показателя. В других южных областях страны частота обострений нервно-психических расстройств и болезней или увеличилась незначительно, или не изменилась. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Жамбылской области и КЗО были выше среднереспубликанского значения, а показатель в Алматинской и ЮКО был соответственно ниже среднереспубликанского значения (рисунок 12).

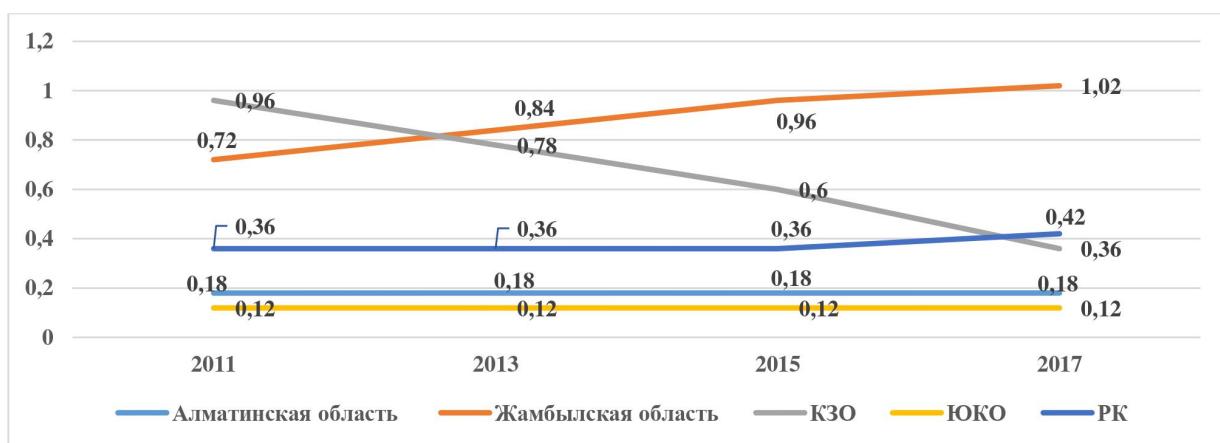


Рисунок 12 - Динамика частоты обострений нервно-психических расстройств и болезней во второй половине беременности (100 беременных) в Южном регионе и РК

Показатель частоты нервно-психических заболеваний за период 2011-2017 гг. имеет тенденцию увеличения в Жамбылской области, в ЮКО и Алматинской области без динамики, в КЗО наблюдалось снижение. Но в первой половине беременности прослеживается четкая динамика повышения данного показателя во всем Южном регионе и в стране в целом, что возможно связано со многими проблемами современности (урбанизация, большой поток информации, широкое использование гаджетов и другие).

На последнем этапе этого раздела исследования была изучена и оценена частота и динамика заблаговременной госпитализации беременных с высоким риском развития осложнений в родах и послеродовом периоде (Приложение Б, таблица 3.20).

Проведенные исследования показали, что в 2011 году при среднереспубликанском показателе 69 беременных на 100 нуждались в заблаговременной госпитализации, в южных областях страны он колебался в пределах от 73 в Алматинской области до 70 в Жамбылской области. В 2013 году и в 2015 году наблюдалось повсеместное увеличение значения изучаемого показателя. В 2017 году установлено увеличение частоты заблаговременной госпитализации беременных с высоким риском развития перинатальных рисков продолжалось во всех областях Южного региона страны, за исключением Жамбылской области. При этом, темп прироста изучаемого показателя колебался в пределах 3,8% в КЗО до 12,2% в ЮКО. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской, Жамбылской областях, КЗО и ЮКО были выше или приближались к среднереспубликанскому значению.

Эти результаты дали основания полагать, что уровень заблаговременной госпитализации беременных с высоким перинатальным риском развития осложнений в родах и раннем послеродовом периоде, с одной стороны, является объективным интегрирующим индикатором качества амбулаторно-поликлинической помощи беременным, а с другой отражает готовность родовспомогательных организаций Южного Казахстана к проведению своевременных лечебно-профилактических мероприятий.

Таким образом, обобщая результаты изучения перинатальных рисков, связанных с частотой развития ранних токсикозов, ПЭ, экстрагенитальных заболеваний, можно сделать следующее заключение: динамичная оценка частоты перинатальных рисков у беременных Южного региона Казахстана позволила выявить статистические параллели и различия, которые необходимо учитывать при прогнозировании, планировании и реализации организационных мероприятий.

Особенностью Южного региона Казахстана является наличие статистически высоких перинатальных рисков для матери и внутриутробного плода, заключающиеся в низком охвате ранней явкой беременных женщин, высокой частотой ПЭ, высокой частоте регистрации сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек и мочевыводящих путей, болезней органов пищеварения, эндокринных заболеваний, нервно-психических расстройств во время беременности.

Все вышеизложенное диктует необходимость регионального подхода к решению проблемы с более детальным изучением причин, проведения аудита, формирования интеграционных усилий по изучению научных основ роли заболеваний внутренних органов в развитии перинатальных рисков, информационного обеспечения для формирования приверженности получения медицинских знаний, а также разработку новой модели развития перинатальной помощи в Южном регионе РК, в котором отмечается высокая рождаемость и высокие перинатальные риски.

Основные результаты опубликованы в статьях «Перинатальные риски во время беременности в Южных регионах Республики Казахстан», «Заболевания органов пищеварения у беременных женщин как индикатор перинатального риска», «Extragenital Pathologies of Pregnant Women in the Southern Regions of The Republic of Kazakhstan» [146-148].

3.3 Частота и динамика акушерских рисков

В данном разделе изучены акушерские риски – частота невынашивания беременности, преждевременных родов, акушерских кровотечений, операции кесарево сечения и органоуносящие операции.

Известно, что своевременная, оптимальная и в полном объеме выполненная акушерская помощь беременным, роженицам и родильницам имеет важное значение для снижения перинатальных рисков для матери, плода и новорожденного.

Основная цель данного раздела диссертационного исследования – изучение частоты и динамики основных индикаторов, характеризующих конечные результаты организации перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана.

Исходя из этого, на начальном этапе проведенного исследования была изучена частота и динамика невынашивания беременности. Так как этот индикатор характеризует преемственность и степень интеграции амбулаторной и стационарной акушерской помощи.

Результаты проведенных исследований приведены в Приложении Б, таблице 3.21.

Показано, что в 2011 году при среднереспубликанском показателе в 17,1 на 100 беременных Жамбылской области (19,2) значение изучаемого показателя было выше, а в Алматинской области (13,8), ЮКО (11,0) и КЗО (8,9) – ниже. В целом, показатели в Жамбылской области выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской, КЗО и ЮКО остаются ниже среднереспубликанского значения. В 2015 году по сравнению с 2013 годом в динамике изучаемого показателя произошли другие изменения. Так, в КЗО, по-прежнему, частота невынашивания беременности была самой низкой (6,4 на 100 беременных) среди всех южных областей Казахстана. В Алматинской области оно уменьшилось почти на 30,2%, а в Жамбылской области и ЮКО, наоборот незначительно увеличилась (соответственно на 3,3% и 2,2%). Еще через 2 года в 2017 году частота невынашивания беременности характеризовалась негативной динамикой. При этом в Алматинской области значение изучаемого показателя увеличилось в 2,4 раза в ЮКО – в 1,2 раза. В КЗО и частота невынашивания беременности увеличилась в 2 раза. И только в Жамбылской области она почти не изменилась, оставаясь выше среднереспубликанского показателя изменилась (рисунок 13). Таким образом, в изучаемый период 2011-2017 годов вышеуказанный показатель в Жамбылской области остается выше среднереспубликанского значения, в остальных областях – ниже.

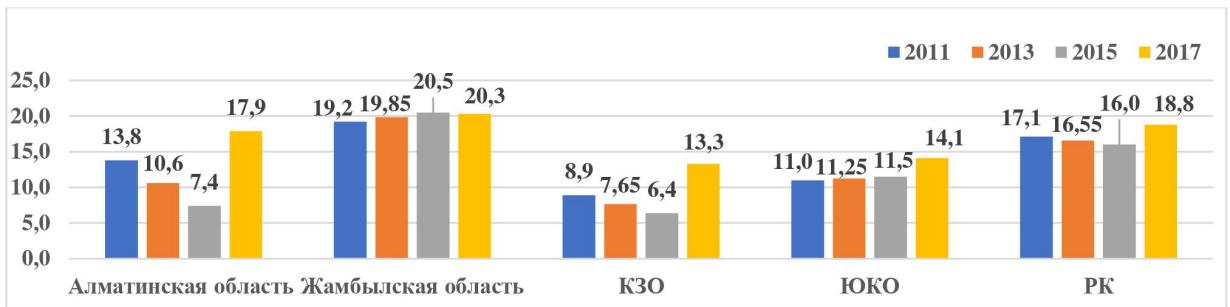


Рисунок 13 - Динамика частоты невынашивания беременности (100 беременных) в Южном регионе и РК

Таким образом, проведенное исследование показало имеющиеся тренды к повышению частоты данного показателя во всех областях Южного региона и в целом в Казахстане. Полученные данные будут использованы в качестве отправной точки при анализе и оценке индикаторов, характеризующих содержание их составляющих.

Продолжая проводить анализ, на следующем этапе нашего исследования была изучена составная часть невынашивания беременности, а именно - частота и динамика преждевременных родов в Южном регионе страны. (Приложение Б, таблица 3.22).

Анализ показал, что в 2011 году среднереспубликанский показатель частоты преждевременных родов в городских медицинских организациях составлял 5,5 на 100 родов. При этом наиболее высокие значения частоты преждевременных родов обнаруживались в Жамбылской области (7,6) в сравнении с РК и остальными областями Южного Казахстана, где данные показатели были ниже среднереспубликанских. В 2013 году значения изучаемого показателя в городских организациях всех областей Южного Казахстана в сравнении с 2011 годом повысились. В Алматинской области показатель повысился на 7,1%; в Жамбылской области - на 2,6%; в КЗО – на 7,5% и в ЮКО – на 9,8%. В сравнении с 2015 годом, в 2017 году частота преждевременных родов в городских медицинских организациях Жамбылской области снизилась в 2 раза; в остальных южных областях Казахстана оставалась на прежнем уровне. Отмечался широкий диапазон (4,0-5,7 на 100 госпитализированных) частоты преждевременных родов в городских роддомах.

При проведении аналогичного исследования и анализа частоты и динамики преждевременных родов было выявлено, что в сельских организациях родовспоможения Южного региона Казахстан в 2011 году среднереспубликанское значение показателя преждевременных родов составляло 6,1 на 100 госпитализированных (Приложение Б, таблица 3.23). При этом в Алматинской области оно было выше (7,5); в КЗО – ниже (4,3), а в остальных южных областях Казахстана равнялось среднереспубликанскому показателю. При дальнейшем изучении выявлено, что через 2 года в 2013 году при снижении среднереспубликанского показателя преждевременных родов в сельских организациях на 9,0%, в Алматинской области он снизился на 22%, в

ЮКО – 10,8%, в КЗО – на 5,8%, а в Жамбылской области, наоборот, наблюдалось увеличение изучаемого показателя на 5,8%. В целом, показатели в Алматинской и Жамбылской областях выше среднереспубликанского значения, показатели в КЗО, ЮКО остаются ниже среднереспубликанского значения.

В 2017 году по сравнению с 2015 годом среднереспубликанский показатель преждевременных родов увеличился на 42,0% и составлял 7,1. При этом в Алматинской (9,1) и Жамбылской (7,4) областях значения частоты преждевременных родов было выше среднереспубликанского, а в КЗО (5,0) и ЮКО (6,6) – ниже. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в КЗО и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатели в Алматинской, Жамбылской областях были соответственно выше среднереспубликанского значения. Однако, в динамике за 2011-2017 годы наблюдалось значительное увеличение частоты преждевременных родов в сельских поселениях всех южных областей Казахстана.

Представляло особый научно-практический интерес изучить частоту и динамику преждевременных родов во вновь созданных перинатальных центрах в Южном регионе Казахстана (Приложение Б, таблица 3.24).

При дальнейшем изучении данного показателя выявлено, что в 2011 году среднереспубликанский показатель преждевременных родов в Перинатальных центрах составлял 12,0 на 100 госпитализированных. Показано, что в ЮКО (7,4) частота преждевременных родов среди беременных, госпитализированных в перинатальные центры, была ниже ее среднереспубликанского значения; в Алматинской области – выше на 35,8%, а в Жамбылской области – одинаковой (12,0). В целом, показатель в Алматинской области выше среднереспубликанского значения, показатель в Жамбылской области соответствует среднереспубликанскому, в ЮКО остается ниже среднереспубликанского значения.

В Алматинской области частота преждевременных родов, зафиксированных в Перинатальных центрах Алматинской области, увеличилась на 3,4%; в Жамбылской области и ЮКО, наблюдалось снижение уровня изучаемого индикатора на 10,8% и 4,1% в следующем 2013 году.

В 2017 году по сравнению с 2015 годом на фоне снижения среднереспубликанского показателя на 7,1% в Жамбылской области обнаруживалось значительное (на 39,4%) увеличение значения изучаемого показателя; а напротив, снижение в Алматинской области (-13,2%), ЮКО (-5,9%). При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской, Жамбылской областях были выше среднереспубликанского значения, а показатель в ЮКО был соответственно ниже среднереспубликанского значения.

Показатель частоты преждевременных родов за период 2011-2017 гг. имеет тенденцию увеличения в Жамбылской области и КЗО, в остальных областях Южного региона Казахстана наблюдается незначительное снижение (рисунок 14).

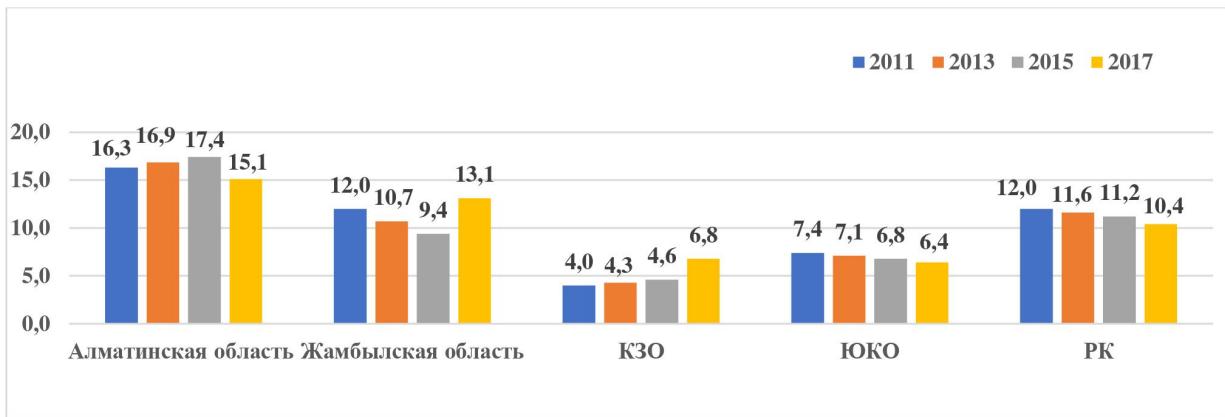


Рисунок 14 - Динамика частоты преждевременных родов (100 беременных) в Южном регионе и РК

Проведенный анализ показал, что концентрация беременных с высоким риском развития преждевременных родов со всех областей Южного региона происходит в перинатальных центрах, которые стали базами для развития инновационных технологий, специализированной и высокоспециализированной перинатальной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Благодаря регионализации, удавалось сохранить беременность, значительно уменьшить риски для матери и плода при наступлении родов и в послеродовом периоде у большей части беременных с угрозой невынашивания. В то же время в интересах сохранения здоровья матери и плода, применялись новейшие клинические технологии.

Известно, что акушерские кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде являются следствием патологии беременности, экстрагенитальных и прочих причин, в значительной степени увеличивающей перинатальные риски для матери и плода. Поэтому анализ и оценка частоты и динамики этого индикатора были одной из подзадач настоящего фрагмента выполненного исследования (Приложение Б, таблица 3.25).

Дальнейший анализ показал, что в 2011 году уровень изучаемого показателя в сельских организациях родовспоможения в среднем по стране составлял 1,9 на 100 беременных. При этом в ЮКО он был на 31,6% выше, а в остальных южных областях страны в 2 и более раз ниже.

При изучении показателя частоты акушерских кровотечений в 2013 году выявлены следующие изменения. С одной стороны, в Алматинской области по сравнению с 2011 годом произошло увеличение уровня изучаемого показателя почти в 4 раза, а в КЗО – снижение в 2 раза. При этом в ЮКО частота акушерских кровотечений также снизилась (в 1,5 раза). В целом, выше среднереспубликанского значения показатели в Алматинской области и ЮКО, в Жамбылской области и КЗО они остаются ниже среднереспубликанского значения.

В 2017 году по сравнению с 2015 годом в Алматинской области данный показатель снизился. Одновременно обнаружено, что в КЗО частота акушерских

кровотечений по сравнению с 2015 годом увеличилась в 5 раз. Однако значение изучаемого показателя было еще ниже среднереспубликанского в 2,6 раза. Проведенный анализ еще раз подтверждает факты существования проблем в регистрации и учете заболеваний и осложнений в КЗО. Такие же изменения происходили в Жамбылской области, в которой зафиксирован самый низкий уровень акушерских кровотечений. Установлено также, что в ЮКО уровень акушерских кровотечений увеличивался и уже превышал значение среднереспубликанского показателя.

Анализируя и оценивая уровень акушерских кровотечений в городских медицинских организациях Южного региона Казахстана (Приложение Б, таблица 3.26) использован другой методический прием. В частности, частота и динамика акушерских кровотечений сравнивалась со среднереспубликанским показателем в сельских организациях родовспоможения.

При проведении анализа частоты и динамики данного показателя в 2011 году выявлено, что частота акушерских кровотечений в среднем по стране в городских организациях была более чем в 2 раза ниже, чем в сельских. При этом самый низкий уровень изучаемого показателя наблюдался в Алматинской области (0,1 на 100 беременных), а самый высокий в ЮКО (1,7). В других южных областях Казахстана частота акушерских кровотечений была сопоставлена со среднереспубликанским показателем. В целом отмечалось, что показатели в КЗО и ЮКО выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской и Жамбылской областях были ниже среднереспубликанского значения.

Среднереспубликанское значение изучаемого показателя в 2013 году по сравнению с 2011 годом в городских организациях увеличилось на 12,5%. На этом фоне, по-прежнему, самый низкий (0,2) уровень частоты акушерских кровотечений обнаруживался в Алматинской области, а самый высокий (1,3) в ЮКО. При этом в КЗО по сравнению с 2011 годом уровень изучаемого показателя увеличился соответственно на 16,7% .

Далее выявлено, что в 2017 году на фоне снижения среднереспубликанского показателя на 10,0% в Алматинской области частота акушерских кровотечений по сравнению с 2015 годом не изменилась, но, по-прежнему была самой низкой среди южных областей Казахстана. При этом в ЮКО показатель частоты акушерских кровотечений увеличился в 1,5 раза; в Жамбылской области, напротив, уменьшился на 28,6%. При этом в период 2011-2017 годов изучаемый показатель в Алматинской области был ниже среднереспубликанского значения, а показатели в Жамбылской области, КЗО и ЮКО превышали среднереспубликанские значения.

В рамках этого фрагмента диссертационного исследования особый научно-практический интерес представляли результаты изучения динамики и частоты акушерских кровотечений, госпитализированных в перинатальные центры (Приложение Б, таблица 3.27).

Установлено, что в 2011 году среднереспубликанский показатель частоты акушерских кровотечений в перинатальных центрах в среднем по стране составлял 1,1 на 100 госпитализированных. Одновременно его значение было в 1,7 раза ниже аналогичного показателя в сельских организациях Южного

региона Казахстана и в 1,4 раза выше, чем в городских. Наиболее высокая частота акушерских кровотечений отмечалась в перинатальных центрах ЮКО (1,5), а наименьшая – в Жамбылской области (0,7).

Выявлено, что среднереспубликанский показатель частоты акушерских кровотечений в перинатальных центрах Южного региона в 2013 году по сравнению с 2011 годом, увеличился в 1,2 раза, но был в 1,4 раза ниже, чем в сельских организациях и в 1,5 раза выше, чем в городских. Далее установлено, что показатели в ЮКО выше среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской и Жамбылской областях остаются ниже среднереспубликанского значения. При этом самой высокой была частота акушерских кровотечений в Жамбылской области (1,3), а в самой низкой – в Алматинской области (1,1).

В 2017 году среднереспубликанский показатель частоты акушерских кровотечений не изменился. Однако, в Жамбылской области и КЗО данный показатель повысился, при этом в других южных областях Казахстана наблюдалось его снижение до 16,7% в. При этом вышеуказанные показатели в Жамбылской области и КЗО были выше среднереспубликанского значения, а показатель в Алматинской области и ЮКО был соответственно ниже среднереспубликанского значения.

Частота акушерских кровотечений за период 2011-2017 гг. имеет стойкую тенденцию к увеличению в Жамбылской области и КЗО, в остальных областях и по стране в целом наблюдается положительная динамика или стабилизация (рисунок 15).

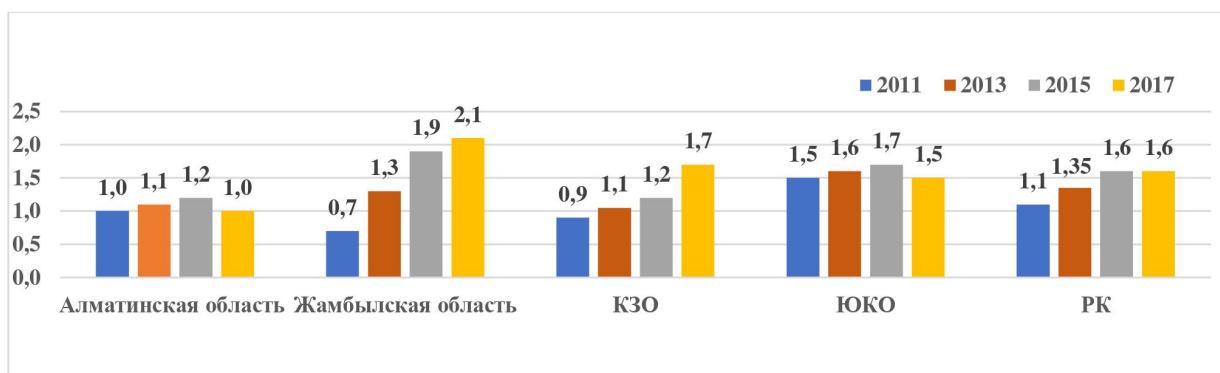


Рисунок 15 - Динамика частоты акушерских кровотечений (100 беременных) в Южном регионе и РК

Таким образом, результаты этого фрагмента исследования показывают, что частота акушерских кровотечений в сельских поселениях значительно выше, чем в городских, а уровень изучаемого показателя в перинатальных центрах ниже, чем в сельских, но выше, чем в городских организациях. При этом в динамике изменения в частоте акушерских кровотечений в Южном регионе страны имели волнобразный характер. Очевидно, что уровень развития медицины, коммуникационной и транспортной инфраструктуры, кадровой обеспеченности акушерско-гинекологической службы в областях, качества амбулаторного наблюдения за беременными, лабораторного и клинического контроля за

течением беременности, профилактическое лечение экстрагенитальных заболеваний оказывает непосредственное влияние на значения изучаемого показателя в каждой конкретной области Южного региона Казахстана. Динамика и частота изучаемого показателя также зависит от своевременности заблаговременной и экстренной госпитализации беременных с высоким риском развития акушерских кровотечений в родовспомогательные организации региона. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о необходимости усиления комплексных организационно-методических мероприятий в Южном регионе РК, в том числе обновления стандартов оказания акушерско-гинекологической помощи и внедрения эффективных клинических протоколов диагностики и лечения.

Следующий этап проведенного исследования включал изучение частоты кесарева сечения в родовспомогательных организациях Южного региона Казахстана в динамике за 2011-2017 годы.

Изучение данного показателя выявил, что в 2011 году среднереспубликанский показатель частоты кесарева сечения в акушерско-гинекологических отделениях центральных районных больниц, составил 5,3 на 100 госпитализированных беременных. При этом в Алматинской (7,7), Жамбылской (6,5) областях, КЗО (6,0) и ЮКО (5,4) частота кесарева сечения была выше среднереспубликанского показателя (приложение Б, таблица 3.28).

В сравнении с 2011 годом в 2013 году наблюдалось увеличение уровня изучаемого показателя в Алматинской области (на 22,1%) и ЮКО (на 9,3%), а в Жамбылской области (-6,9%) и КЗО (-12,5%) определялось снижение на фоне увеличения среднереспубликанского значения на 9,4%. В 2017 году по сравнению с 2015 годом частота кесарева сечения в центральных районных больницах (ЦРБ) увеличилась еще на 20,6%. Почти такой же темп роста изучаемого показателя наблюдался в Алматинской области (+24,3%) и ЮКО (+26,6%). В КЗО частота кесарева сечения в ЦРБ, напротив уменьшилась (-33,3%), а в Жамбылской области не изменилась.

В 2011 году аналогичный анализ частоты кесаревых сечений в городских родильных домах (Приложение Б, таблица 3.29), показал, что значение изучаемого показателя в среднем по стране составило 14,9 на госпитализированных, что было почти в 3 раза чаще, чем центральных районных больницах. При этом среди всех областей выделялись Алматинская, Жамбылская области и ЮКО, в которых уровень изучаемого показателя был ниже среднереспубликанского значения, а в КЗО – выше.

Изучение и анализ частоты и динамики данного показателя выявил, что в 2013 году по сравнению с 2011 среднереспубликанский показатель частоты кесарева сечения, проводимых в городских родовспомогательных организациях, почти не изменился. В следующем 2015 году в ЮКО уровень изучаемого показателя уменьшился почти в 2 раза, а в остальных областях наблюдалось его увеличение: в Алматинской области на 8,2%; в Жамбылской области на 8,5%; в КЗО на 8,6%. В целом, исследуемые показатели в ЮКО ниже среднереспубликанского значения, показатели в Алматинской и Жамбылской и КЗО остаются выше среднереспубликанского значения.

В 2017 году частота кесарево сечения в ЮКО увеличилась в 2,4 раза, но она, по-прежнему, была почти в 2 раза ниже среднереспубликанского значения. В других областях Южного региона Казахстана наблюдалось увеличение уровня изучаемого показателя и его приближение к среднереспубликанскому значению.

Изучена частота кесарева сечения в перинатальных центрах Южного региона Казахстана на последнем этапе данного исследования (Приложение Б, таблица 3.30).

Среднереспубликанское значение изучаемого показателя составляло 25,0 на 100 госпитализированных в 2011 году. Выявлено, что частота кесаревых сечений в перинатальных центрах была почти в 5 раз больше, чем в ЦРБ и в 1,7 раз больше, чем в городских родовспомогательных организациях. При этом в 2011 году, чаще всего кесарево сечение производилось в Алматинской области (38,0), а реже всего в ЮКО (16,2).

Дальнейшее исследование показало, что частота кесарева сечения увеличилась на 4,0% в 2013 году по сравнению со среднереспубликанским показателем 2011 года. При этом в Алматинской области, по-прежнему, она была самой высокой (38,6), а в ЮКО (16,4) – самой низкой. Среднереспубликанский показатель частоты кесарева сечения в 2017 году увеличился еще на 7,4%. Выявлено, что на этом фоне уровень изучаемого показателя в Жамбылской области и КЗО повысился на 29,6% и 21,5% соответственно, при этом в других областях Южного региона Казахстана было незначительное увеличение. В период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской, Жамбылской областях были выше среднереспубликанского значения, а показатели в КЗО и ЮКО были соответственно ниже среднереспубликанского значения (рисунок 16).

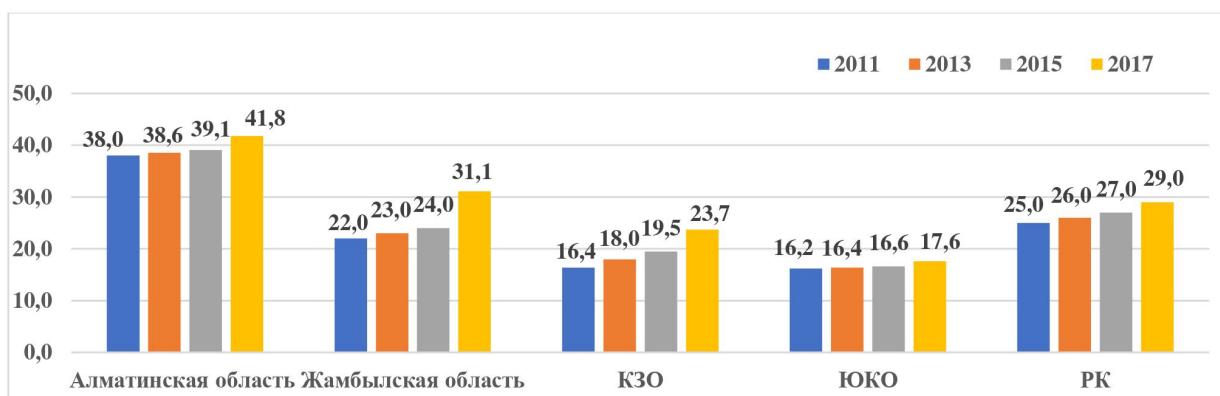


Рисунок 16 - Динамики частоты кесарева сечения (100 беременных) в Южном регионе и РК

За изученный период 2011-2017 гг. частота кесарева сечения имеет тенденцию к повышению во всех областях Южного региона и в стране в целом, что связано с расширением показаний к кесареву сечению в связи с увеличением беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями и акушерскими осложнениями.

В следующем фрагменте исследования изучена частота ампутаций и экстирпаций матки при атонических кровотечениях и безэффективности консервативных методов лечения.

При анализе изучаемых показателей выявлено (Приложение Б, таблица 3.31), что в 2011 году среднереспубликанский показатель применения этих радикальных операций в городских родовспомогательных организациях составил 0,3 на 100 госпитализированных беременных. При этом в Алматинской области и ЮКО он был на 33,3%, в КЗО – на 66,6% выше; в Жамбылской области в 3 раза, чем в среднем по стране.

Уровень ампутации и экстирпации матки был таким же, как в среднем по стране во всех изучаемых южных областях Казахстана в 2015 году. Данный показатель составлял 0,2 по сравнению с 2013 годом в Алматинской области и ЮКО он уменьшился на 33,3%, в Жамбылской области и в КЗО напротив, уровень изучаемого показателя увеличился на 33,3% и 23,1% соответственно.

В следующем 2017 году среднереспубликанский показатель частоты использования ампутаций и экстирпаций матки увеличился по сравнению с 2015 годом в 1,5 раза и возвратился к уровню 2011 года. При этом в Алматинской области частота изучаемого показателя увеличилась в 3 раза, а в Жамбылской области, наоборот, уменьшилась в 2 раза, а в ЮКО значение изучаемого показателя по отношению к 2015 году не изменился, но было в 1,5 ниже, чем в среднем по стране.

На следующем этапе исследования был проведен сравнительный анализ частоты применения ампутаций и экстирпаций матки в перинатальных центрах (Приложение Б, таблица 3.32).

Изучение данного показателя выявило, что в 2011 году среднереспубликанский показатель использования ампутаций и экстирпаций матки в перинатальных центрах составлял 0,4 на 100 госпитализированных женщин. При этом он был на 33,3% выше, чем в городских родовспомогательных организациях. Анализ уровня изучаемого показателя в конкретных Южных регионах страны показал, что в Жамбылской области он был в 2 раза ниже.

В 2013 году среднереспубликанский показатель частоты ампутаций и экстирпаций матки в перинатальных центрах увеличился на 12,5% и был выше, чем в городских родовспомогательных организациях. При этом в Алматинской области частота использования таких операций была соответственно в 1,2 раза выше среднереспубликанского значения, а в Жамбылской области и в ЮКО напротив, в 2,5 раза ниже, чем в среднем по стране.

В 2015 году в Алматинской области частота применения ампутаций и экстирпаций матки повысилась на 20%; в ЮКО – снизилась в 1,5 раза, а в Жамбылской области – не изменилась.

Дальнейшее изучение частоты экстирпации и ампутации матки в 2017 году показало, что среднереспубликанское значение изучаемого показателя повысилось в 2,2 раза. На фоне увеличения среднереспубликанского показателя, в Жамбылской области отмечалось увеличение в 1,5 раз. При этом в Алматинской области частота применения ампутаций и экстирпаций матки, напротив, уменьшилась в 3 раза, а в ЮКО – осталась на уровне 2015 года . Также

в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Жамбылской областях и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в Алматинской области был практически на республиканском уровне в 2011-2015 годах, в КЗО в этот же период показатель был выше среднереспубликанского значения и в 2017 году почти в два раза ниже среднереспубликанского (рисунок 17).

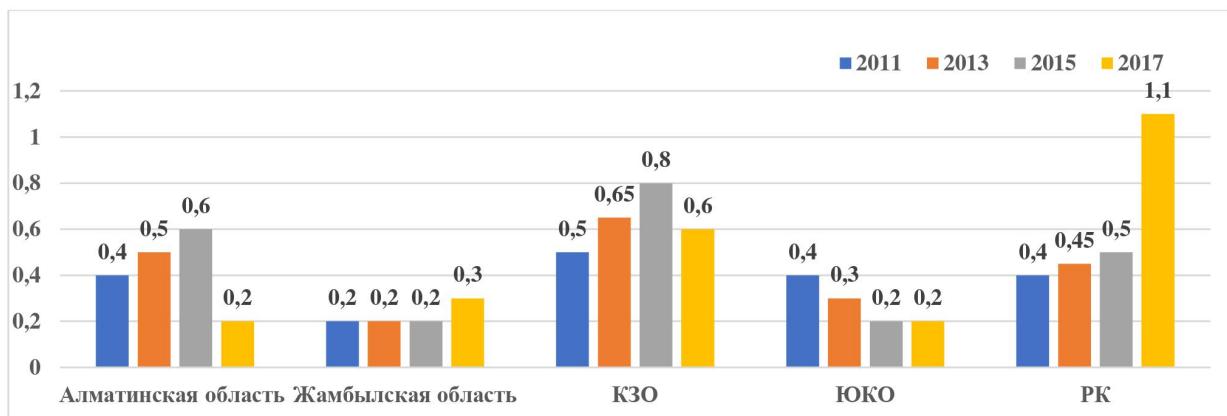


Рисунок 17 - Динамика частоты органоуносящих операций (100 беременных) в Южном регионе и РК

При подведении итогов данного этапа исследования выявлено, что частота органоуносящих операций за период 2011-2017 гг. имеет тенденцию к увеличению в Жамбылской области и КЗО, как и по стране в целом. В ЮКО отмечается медленное снижение данного показателя. Таким образом, анализируя причины применения хирургического родоразрешения, следует отметить не снижающийся уровень патологии беременности, экстрагенитальных заболеваний, представляющие значительные перинатальные риски для матери и плода. Не менее важное значение имеет уровень владения этими операциями, а также степень материально-технической, медико-технологической готовности родовспомогательных организаций к оказанию плановой и экстренной акушерской помощи. Эти объективные факторы оказывают непосредственное влияние на частоту использования хирургических вмешательств для предотвращения негативных последствий для матери и плода. Причем, чем высокотехнологичнее родовспомогательная организация, тем чаще используются операции, как способ максимального ограничения перинатальных рисков в поздние сроки беременности, во время родов и в раннем послеродовом периоде. Повышение в динамике частоты органоуносящих операций свидетельствует о необходимости внедрения новых современных технологий – органосохраняющих операций и современных методов остановки маточных кровотечений.

Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что в перинатальных центрах Южного региона Казахстана концентрировались беременные с высоким риском развития осложнений и тяжелой акушерской, экстрагенитальной патологией со всей территории региона. В последние годы перинатальные

центры стали центрами развития новых современных технологий, специализированной и высокоспециализированной перинатальной помощи беременным, роженицам и родильницам и новорожденным, а также выполняют роль организационно-методических центров, осуществляют кураторскую работу, консультируя и оказывая практическую помощь всем медицинским организациям родовспоможения области.

Таким образом, результаты этого фрагмента исследования показывают, что акушерские риски, такие как частота преждевременных родов, акушерские кровотечения в течении исследуемых лет динамично изменялись. Не снижающийся уровень патологии беременности, экстрагенитальных заболеваний, представляющие значительные перинатальные риски для матери и плода, являются причинами повышения частоты хирургического родоразрещения. Повышение в динамике частоты органоуносящих операций свидетельствует о необходимости внедрения новых современных технологий – органосохраняющих операций и современных методов остановки маточных кровотечений.

Основные результаты опубликованы в статьях «Результаты мониторинга основных индикаторов акушерской помощи в Южных регионах Республики Казахстан» [149].

3.4 Частота и динамика материнской смертности

Как известно, МС является показателем социального развития и качества здравоохранения. При этом здесь тесно переплетаются социальные, ментальные и медицинские факторы, негативное влияние которых приводит к случаям МС. Изучению частоты и динамики уровня и структуры МС в Южном регионе Казахстана посвящен следующий фрагмент выполненного диссертационного исследования. Установлено (Приложение Б, таблица 3.33), что в 2011 году показатель МС в РК составлял 17,4 на 100 тысяч живорожденных.

Показатель МС в Южном регионе Казахстана в 2011 году составил 19,0 в Алматинской области, 26,2 в Жамбылской области, 15,7 в КЗО и 19,4 в ЮКО.

Через 2 года в 2013 году показатель МС в Казахстане составлял 13,1 на 100 тысяч живорожденных и по сравнению с 2011 годом снизился на 24,7%.

Анализ и оценка изменения изучаемого показателя в разрезе конкретных южных областей Казахстана показал, что в Алматинской области он уменьшился почти в 4 раза; Жамбылской области – в 1,8 раза, в КЗО и ЮКО в 1,5 раза. Через 2 года в 2015 году показатель МС в Алматинской области и КЗО резко увеличился, в ЮКО не изменился, в Жамбылской области наблюдалось снижение показателя.

Далее в 2017 году установлено уменьшение показателя в стране до 12,5, во всех областях Южного региона Казахстана наблюдалось повышение показателя, за исключением КЗО, где не регистрировались случаи МС в сравнении с показателями 2015 года и в ЮКО – без изменений. В целом, ниже среднереспубликанского значения данный показатель был в Жамбылской области и КЗО, в Алматинской области и ЮКО вышеуказанный показатель был выше среднереспубликанского значения (рисунок 18).

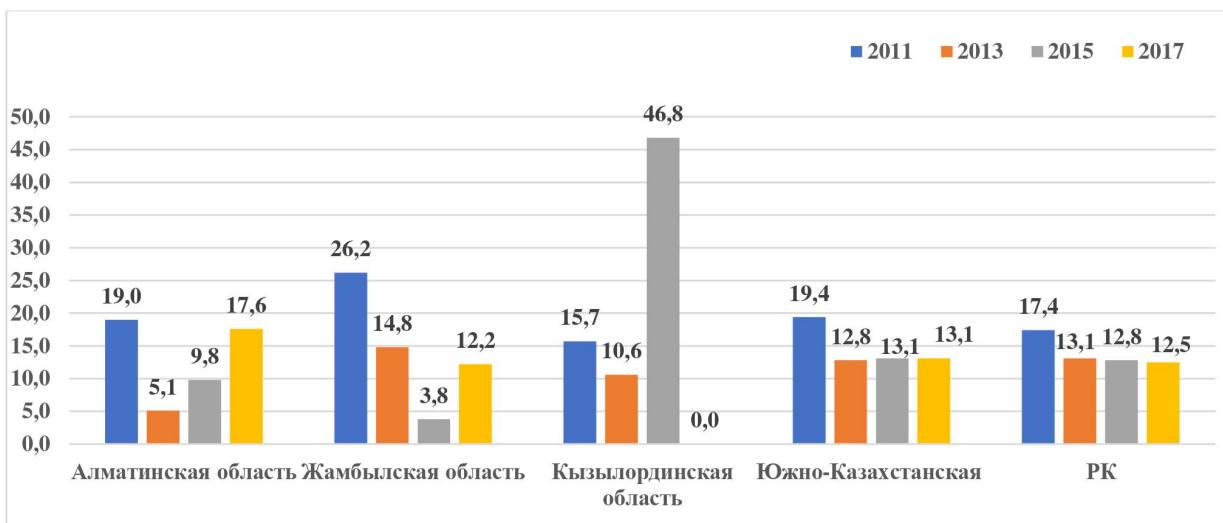


Рисунок 18 - Динамика показателя материнской смертности в Южном регионе и РК (на 100 тысяч живорожденных)

На следующем этапе проводилось изучение распределения случаев МС в сельских и городских родовспомогательных организациях в динамике за 2011-2017 годы.

Установлено (Приложение Б, таблица 3.34), что в 2011 году в сельских больницах показатель МС по РК составил 6,8 на 100 тысяч живорожденных, при этом три области Южного региона Казахстана имели показатели выше среднереспубликанского – Жамбылская область (14,9), Алматинская область (10,8), ЮКО (9,0). В 2013 году в КЗО наблюдалось увеличение показатели на 103,8%, в других областях – снижение изучаемого показателя. В 2015 году темп прироста в Алматинской области составил 96,0%, в КЗО – 96,2% на фоне снижения показателя в других областях – Жамбылской (-100,0%) и ЮКО (-1,3%). В 2017 году в стране наблюдалось увеличение показателя в Алматинской области до 13,3 и в ЮКО – снижение до 7,3.

Аналогичный анализ частоты случаев материнской смертности, зарегистрированных в городских родовспомогательных организациях (Приложение Б, таблица 3.35), показал, что в 2011 году среднереспубликанский показатель составил 10,6, при этом показатели областей Южного региона Казахстана колебались в пределах 8,2 (Алматинская область) до 11,3 (Жамбылская область). В 2013 году наблюдалось снижение показателя во всех областях, в 2015 году – наоборот, повышение во всех областях региона. В следующий период наблюдения в 2017 году прирост показателя наблюдался в Жамбылской области почти в 3 раза. При этом вышеуказанные показатели в Алматинской области, КЗО и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в Жамбылской области превышал среднереспубликанские значения.

Следующий этап проведенного исследования был посвящен структуре основных причин МС в Южном регионе Казахстан.

При изучении данного показателя выявлено (Приложение Б, таблица 3.36),

что в 2011 году из общего числа материнской смертности (65) произошедших в целом в стране 5 (7,7%) приходилось на кровотечения во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде. При этом 2/5 (40%) из них произошли в Южном регионе Казахстана, в т.ч. 1 (20%) – в Алматинской, 1 (20%) – в ЮКО.

В 2013 году число случаев материнской смертности от кровотечения во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде увеличилось на 40%. При этом доля южных областей Казахстана составила 3/7 (42,9%), в которой 2 случая (28,6%) приходились на ЮКО и по 1 случаю (14,3%) – на Жамбылскую область. В 2015 году в стране от кровотечений умерло 7 женщин, из них 2/7 были зарегистрированы в Южном регионе Казахстана: по 1 случаю в Жамбылской области (14,3%) и КЗО (14,3%). В 2017 году в Южном регионе Казахстана не было зарегистрировано ни одного случая материнской смертности от кровотечения.

Следующий фрагмент диссертационного исследования был посвящен частоте и динамике случаев материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в Южном регионе Казахстана (Приложение Б, таблица 3.37).

В 2011 году число случаев материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в целом в стране равнялось 30, что составляло 46,2% от общего их количества. При этом на Южный регион Казахстана приходилось 16 случаев или 46,6% от общего их числа в стране. Установлено далее, что 7 (23,3%) из них наблюдались в ЮКО, 4 (13,3%) – в Жамбылской области и 2 (6,7%) – в Алматинской области, 1 (3,3%) в КЗО.

В 2013 году материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде в стране сократилась в 2 раза и составила 15 случаев. В 2015 году число случаев материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в целом в стране увеличилась на 86,7% и приблизилось к уровню 2011 года.

В следующий период изучения в 2017 году количество случаев сократилось до 24 случаев, но при этом 8/24 случаев приходилось на Южный регион Казахстана. В ЮКО вновь зарегистрировано 5 случаев; в Алматинской области – 2; в Жамбылской области – 1.

Таким образом, резюмируя результаты, представленные в данном разделе, можно полагать, что несмотря на энергичные меры, предпринимаемые государством в развитии инфраструктуры акушерской помощи, внедрение современных организационных и клинических технологий, решение кадровых проблем темпы снижения такого важного индикатора, как материнской смертности в стране остаются низкими. При этом наметившаяся в последние годы тенденция снижения уровня материнской смертности носит неустойчивый, волнообразный характер. К сожалению, темпы развития акушерской помощи городскому населению опережают ее инфраструктурное и медико-технологичное развитие на селе. Все это свидетельствует о назревшей необходимости развития и внедрения новой региональной модели родовспоможения, а также создание новых стандартов организации оказания акушерско-гинекологической помощи.

Основные результаты опубликованы в статьях «Материнская смертность в

Республике Казахстан», «Доля экстрагенитальных заболеваний в структуре материнской смертности в Республики Казахстан», «Анализ критических состояний в Республики Казахстан», «Системные проблемы оказания акушерской помощи», «Сепсис на современном этапе» [150-154].

3.5 Частота и динамика перинатальной смертности

В предыдущих разделах выполненного диссертационного исследования изучались перинатальные риски для матери, плода и новорожденного, возникающие в период беременности, родов и послеродовом периоде.

Результаты проведенных исследований показали, что в период беременности на развитие плода негативное влияние оказывает патология беременности, экстрагенитальные заболевания и прочие причины. В период родов при их пассивном ведении, при неиспользовании активных (хирургических методов) технологий родоразрешения перинатальные риски значительно возрастают, а в послеродовом периоде новорожденный, кроме антенатальных и интранатальных рисков, подвергается рискам, связанным с адаптацией к условиям внешней среды.

Учитывая вышеизложенное, в настоящем разделе в соответствии с одной из задач исследования, не приводился анализ индикаторов, характеризующих лечебно-профилактическую помощь плоду и новорожденному, а исследованы ее конечные результаты. При этом дана сравнительная характеристика уровню и структуре составляющих перинатальной смертности в Южном регионе Казахстан.

Перинатальная смертность, как известно, является интегрированным показателем смертности плода и новорожденного в анте-, интра- и раннем перинатальном периоде и отражает качество амбулаторно-поликлинической помощи во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде.

Поэтому на заключительном этапе настоящего раздела диссертационного исследования изучалась частота и динамика перинатальной смертности в Южном регионе Казахстана.

Проведенные аналитические исследования показали (Приложение Б, таблица 3.38), что в 2011 году показатель перинатальной смертности в стране составлял 16,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. При этом КЗО (17,4), уровень изучаемого показателя превышал среднереспубликанское значение, а в Алматинской (12,6) и Жамбылской (14,4) областях был ниже его, в ЮКО оставался на уровне среднереспубликанского.

Далее установлено, что в 2013 году среднереспубликанский показатель перинатальной смертности по сравнению с 2011 уменьшился на 13,6%. При этом в КЗО цифровое значение изучаемого показателя уменьшилось 13,8%; в Алматинской области – повысился на 2,4%, в ЮКО – не изменился. Еще через 2 года в 2015 году по сравнению с 2013 года уровень перинатальной смертности в стране стал еще ниже и составлял 12,5 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. При этом произошло снижение показателя во всех областях Южного региона РК: в Алматинской области (-7,0), в Жамбылской (-27,5%), КЗО (-4,7%) и ЮКО (-6,8%). В 2017 году показатель продолжил снижение и составил 9,3 в РК в целом

и в Южном регионе Казахстана колебался в пределах 8,3 до 11,2. При этом вышеуказанный показатель в Жамбылской области был ниже среднереспубликанского значения, а показатели Алматинской области, КЗО и ЮКО были соответственно выше среднереспубликанского значения (рисунок 19).

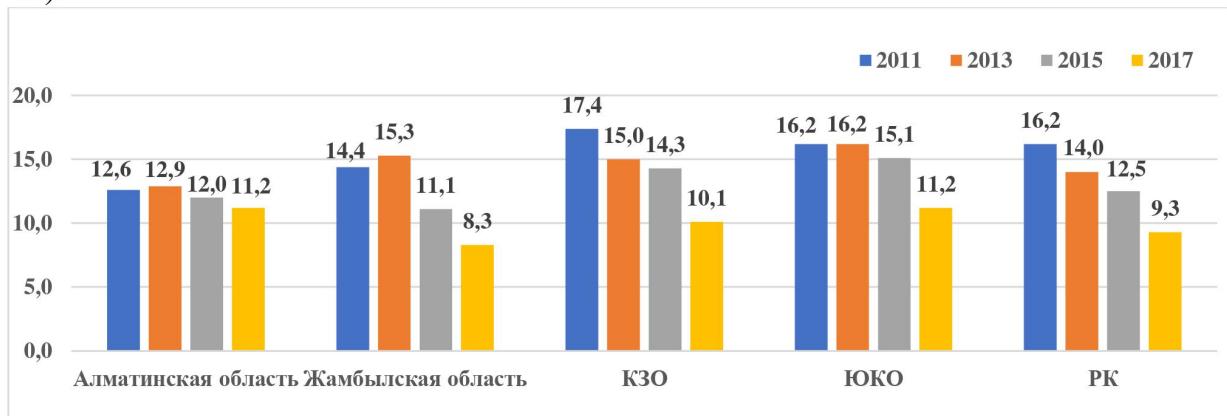


Рисунок 19 - Динамика показателя перинатальной смертности в Южном регионе и РК (на 1000 родившихся)

В структуре ПС во всех южных областях Казахстана от 39,0 до 51,0% из всех ее составляющих составляет антенатальная смертность (мертворождаемость); 29,0-31,0% составляет РНС, а остальные 9-11,0% приходились на интранатальную смертность.

Антенатальная смертность. Одной из составляющей в структуре ПС является антенатальная смертность (Приложение Б, таблица 3.39). За период 2011-2017 гг. в динамике данный показатель имел тенденцию к снижению в целом по стране с 8,2 до 7,9. Динамика этого индикатора в Южном регионе Казахстана показала, что в течение изучаемого периода наблюдалось снижение показателя в ЮКО, Жамбылской области, за исключением Алматинской области и КЗО, где данный показатель повышается. При этом в 2017 году вышеуказанные показатели в Жамбылской области и ЮКО были ниже среднереспубликанского значения, а показатели в Алматинской области и КЗО были соответственно выше среднереспубликанского значения.

Интранатальная смертность. В приложении Б, таблице 3.40 представлены сравнительные результаты изучения частоты и динамики интранатальной (во время родов) смертности плода в Южном регионе Казахстана.

В динамике данный показатель имел тенденцию к повышению в целом по стране с 1,1 до 1,4. В течение изучаемого периода в трех областях Южного региона Казахстана наблюдалось стабильное снижение показателя. В Алматинской области – 0,6-0,8-0,5-0,4, однако в Жамбылской области и КЗО – на фоне снижения показателя в течение ряда лет наблюдалось повышение в 2017 году до 0,9. При этом в период 2011-2017 годов вышеуказанные показатели в Алматинской, Жамбылской областях и КЗО были ниже среднереспубликанского значения, а показатель в ЮКО был соответственно выше

среднереспубликанского значения. Такой тренд имел волнообразный, неустойчивый характер и предопределялся уровнем рождаемости, доступностью ранней диагностики патологии беременности, экстрагенитальных заболеваний и других антенатальных рисков. Эти же причины в сочетании с объективными и субъективными трудностями при ведении беременности и родов, использовании искусственного прерывания беременности, а также преодолении ментальных препятствий, завязывались в сложные причинно-следственные связи, приводящие к антенатальной и интранатальной гибели плода.

Ранняя неонатальная смертность. Следующей составляющей ПС является РНС (смертность новорожденных в первые 7 суток после рождения, рассчитанная на 1000 живородившихся), результаты изучения которой представлены ниже.

Установлено (Приложение Б, таблица 3.41), что в динамике данный показатель имел тенденцию к снижению в целом по стране с 7,1 до 2,7. В течение изучаемого периода во всех областях Южного региона Казахстана наблюдалось стабильное снижение показателя. В Алматинской области – с 6,4 до 3,2, в Жамбылской области – с 7,3 до 2,6, в КЗО – с 8,4 до 2,3, в ЮКО – с 7,2 до 2,4. Несмотря на неуклонное снижение уровня РНС в стране, в Алматинской и Жамбылской областях он оставался выше или на уровне среднереспубликанского. При этом очевидно, что здесь на уровень РНС влияли известные неонатальные риски, связанные с рождением маловесных детей, ВПР и инфицирования. Не менее важное значение, очевидно, имели объем и качество реанимационных мероприятий, интенсивный терапии, а также эффективность использования современных медицинских технологий выхаживания новорожденных в раннем периоде их адаптации к условиям новой среды.

В связи с этим, нами проведен анализ причин РНС в Южном регионе Казахстана за 2011-2017 гг (рисунки 20-23).

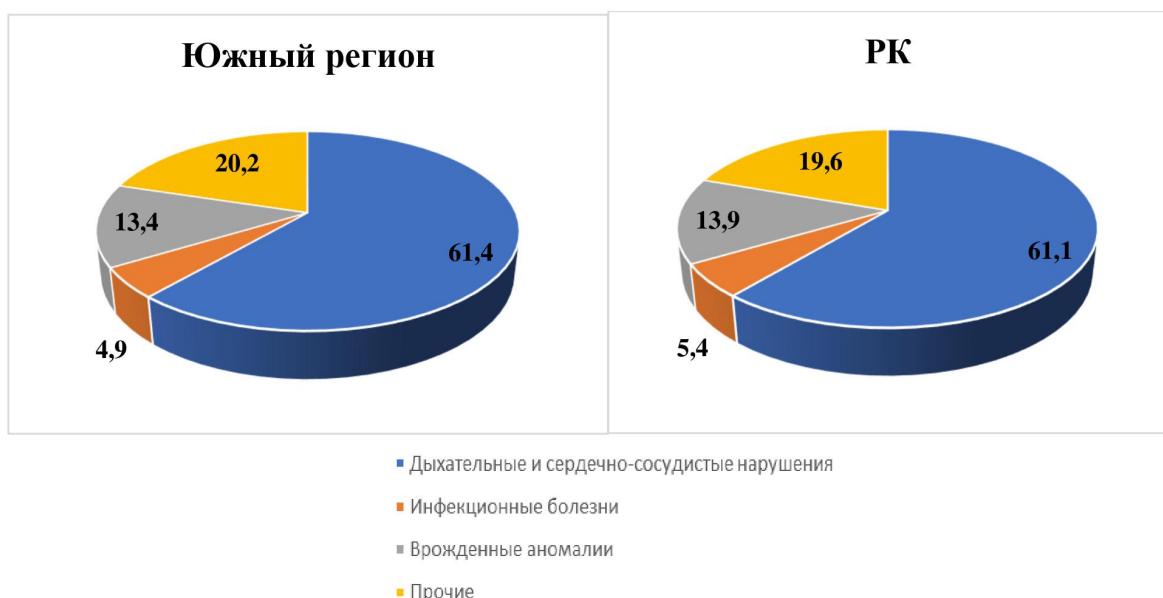


Рисунок 20 – Структура причин РНС в Южном регионе и в РК в 2011 году (%)

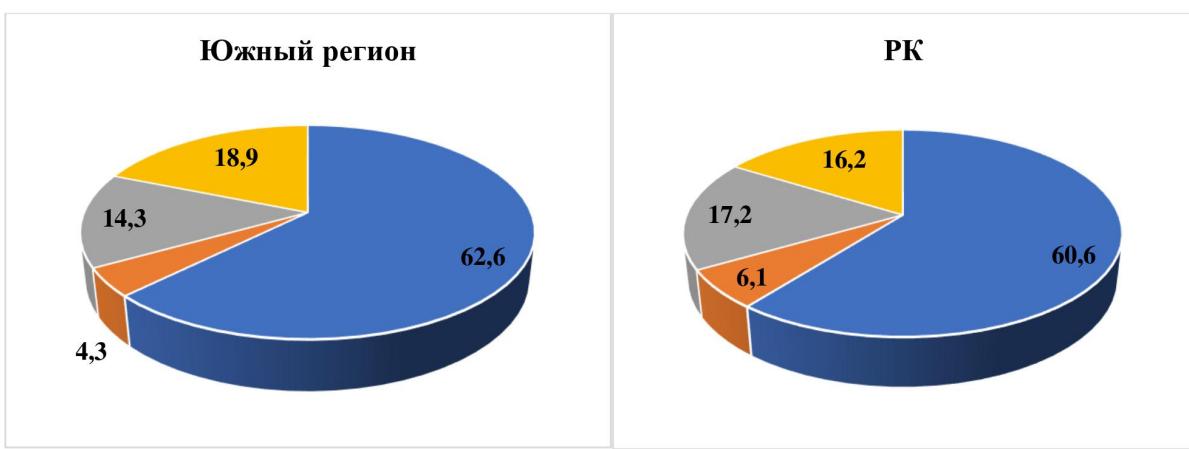


Рисунок 21– Структура причин РНС в Южном регионе и в РК в 2013 году (%)

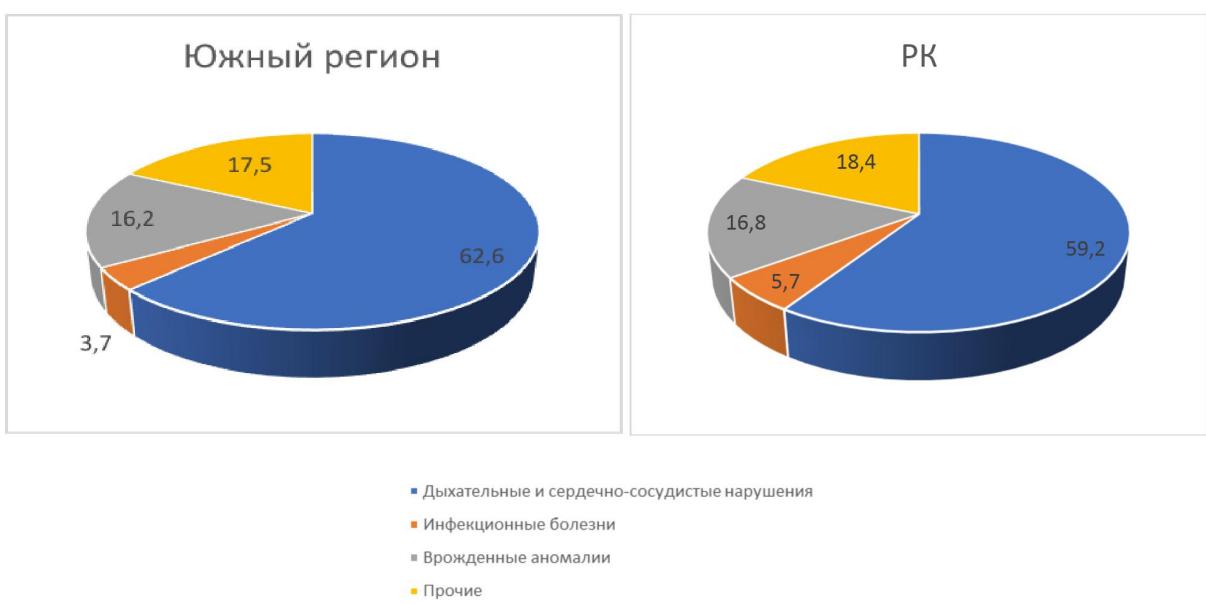


Рисунок 22– Структура причин РНС в Южном регионе и в РК в 2015 году (%)

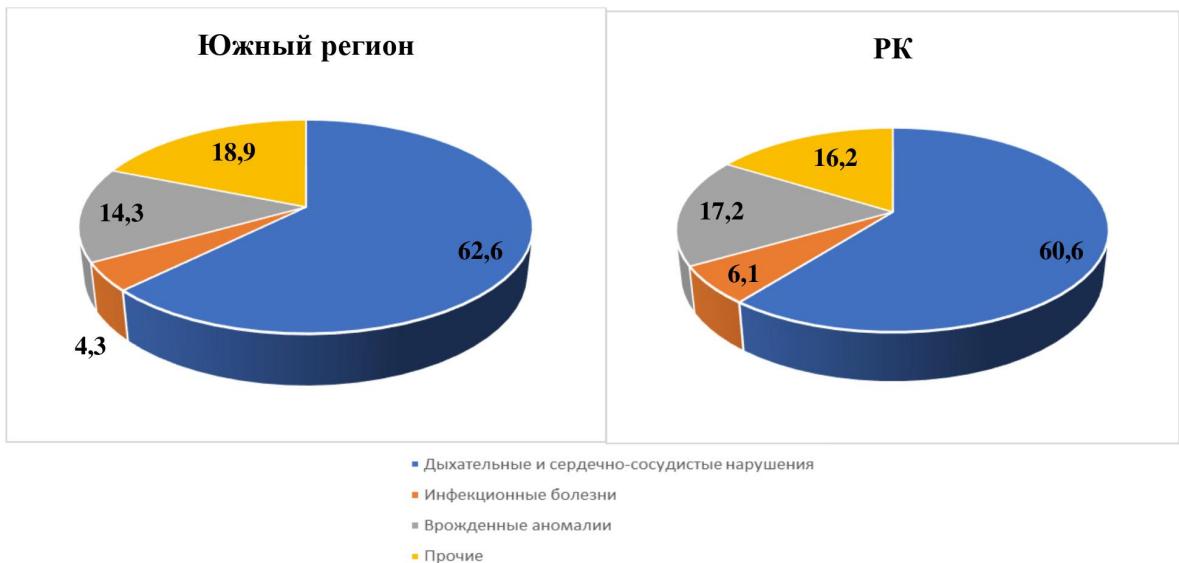


Рисунок 23 – Структура причин РНС в Южном регионе и в РК в 2017 году (%)

Структура причин РНС в 2011-2017 годах выглядит следующим образом:

- инфекционные болезни составляли 4,9-4,0-3,7-4,3% (в РК - 5,4-4,0-3,7-6,1%),
- дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения – 61,4-62,5-62,5-62,6% (в РК - 61,1-59,4-59,2-60,6%),
- ВПР, деформации и хромосомные аномалии – 13,4-14,4-16,2-14,3% (по РК - 13,9-16,8-16,8-17,2%),
- прочие – 20,2-19,1-17,5-18,9% (в РК - 19,6-17,9-18,4-16,2%).

В Южном регионе Казахстана динамика показателя РНС от дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений (приложение Б, таблица 3.42) показала тенденцию снижения во всех областях в период 2011-2017 гг.

Темпы снижения в 2013 году составили от -10,8% (в Алматинской области) до -42,6% (в КЗО), в 2015 году тенденция снижения сохранялась во всех областях с темпами снижения -21,2 до -58,7%, в 2017 году – снижение показателя замедлилось и темп убыли составил -19,2 до -24%, за исключением КЗО, где показатель повысился на 5,3%.

Динамика показателя РНС от инфекционных болезней в Южном регионе Казахстана (Приложение Б, таблица 3.43) показала тенденцию снижения во всех областях Южного региона в период 2011-2017 гг. Темпы снижения в 2013 году отмечены в Алматинской области (-33%), КЗО (-71,4%), ЮКО (-66,7%), но в Жамбылской области наблюдалось увеличение показателя в 3 раза и снижение в 2015 году. В 2015 году увеличение показателя отмечено в Алматинской области на 50%, при этом в остальных областях регистрировалась стабилизация показателя, которая сохранялась в 2017 году.

Врожденные пороки развития в Южном регионе Казахстана

Учитывая весомый вклад врожденных пороков развития в перинатальную смертность, проведен дальнейший анализ структуры причин перинатальной смертности от ВПР по данным отчетных форм Национального генетического

регистра (Приложение Б, таблица 3.44).

Как представлено в приложении Б, таблице 3.44, показателя РНС от ВПР в РК в 2011 г. составлял 4,4 на 1000 новорожденных с последующим снижением этого показателя до 3,2 – в 2013 году, 3,5 – в 2015 году и 0,9 – в 2017 году. Однако, в 2015 году в Алматинской, Жамбылской областях и ЮКО ВПР в структуре РНС имеют тенденцию к повышению. Темпы прироста имели положительное значение и составили 133,3%, 13,2% и 17,2% соответственно. В следующий временной период в 2017 году наблюдалось снижение показателя во всех областях Южного региона Казахстана. Снижение удельного веса ВПР в структуре причин перинатальной смертности в РК связано с внедрением пренатального скрининга, что позволило часть летальных ВПР диагностировать внутриутробно и прерывать пренатально. Но рожденные дети с ВПР требуют развития и внедрения хирургии новорожденных в перинатальных центрах Южного региона Казахстана.

Хромосомные аномалии в Южном регионе Казахстана

Хромосомные аномалии также имеют большую актуальность, так как нет четкой тенденции к снижению во всех регионах РК. В связи с чем была изучена динамика и частота хромосомных аномалий. В приложении Б, таблице 3.45 представлена динамика показателя рождения детей с хромосомными аномалиями в Южном регионе Казахстана, с 2011 по 2017 гг. остается практически неизменной. Наибольшая частота рождения детей с хромосомными аномалиями отмечается в Жамбылской области – от 0,89 до 1,39 на 1000 живорожденных с максимальными темпами прироста показателя +37,6% в 2017 году. Также отмечается рост показателя хромосомных аномалий в КЗО с 0,88 в 2011 г. до 1,15 в 2015 г с темпом прироста 130% и 1,02 – в 2017 году.

Проведенный анализ частоты рождения детей с хромосомными аномалиями в Южном регионе Казахстана показал, что для повышения эффективности существующей системы генетического скрининга беременных необходимо внедрение более эффективных инновационных технологий пренатального скрининга. Таким альтернативным методом, решающим проблемы точности пренатальной диагностики хромосомных болезней плода, резко снижающим число и исключающим риск осложнений от проведения инвазивных процедур, исключающим такие субъективные причины, как квалификация врачей УЗ диагностики, обеспеченность УЗ аппаратами экспертного класса является тест внеклеточной ДНК плода на хромосомные и микроделекционные синдромы – НИПТ. Внедрение НИПТ позволит снизить число инвазивных процедур не менее, чем на 80-90%, полностью исключить число прерываний беременности после проведения инвазивной пренатальной диагностики.

Динамика и уровень ПС свидетельствует о том, что в Южном регионе Казахстана наблюдается высокие показатели ПС (11,0), которые диктуют необходимость пересмотра подходов к оказанию перинатальной помощи населению и создание новой модели перинатальной помощи с более эффективной антенатальной охраной здоровья плода, внедрением новых методов диагностики патологии плода, совершенствованием неонатальной помощи новорожденным, активным внедрением новых технологий реанимации

и выхаживания новорожденных, развитием и внедрением хирургии новорожденных на третьем уровне оказания перинатальной помощи.

Таким образом, изучение демографических показателей, перинатальных и акушерских рисков, динамики материнской и перинатальной смертности показывает, что на фоне повышения доли женщин репродуктивного возраста в структуре населения среднегодовые темпы рождаемости оставались самыми высокими по стране, при этом выявлен высокий уровень **перинатальных рисков**, заключающийся в низком охвате ранней явкой беременных, высокой частоте ПЭ, высокой частоте регистрации сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек и мочевыводящих путей, болезней органов пищеварения, эндокринных заболеваний, нервно-психических расстройств во время беременности; **акушерских рисков** – высокая частота невынашивания беременности, преждевременных родов, акушерских кровотечений и органоуносящих операций, которые отразились на высоких показателях материнской и перинатальной смертности в Южном регионе страны.

Все это свидетельствует о необходимости разработки новой модели перинатальной помощи с учетом традиционных компонентов и внедрения новых технологий диагностики, профилактики и лечения с развитием цифровизации.

4 АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

4.1 Кадровая и инфраструктурная обеспеченность перинатальной службы

Известно, что обеспеченность населения врачами акушерами-гинекологами и неонатологами, наряду с развитием инфраструктуры акушерско-гинекологической помощи, является основой повышения эффективности перинатальной помощи населению.

Сравнительное изучение этого важнейшего индикатора качества оказания перинатальной помощи населению в динамике за 2011-2017 годы показало (Приложение Б, таблицы 4.46-4.48), что в 2011 году по сравнению со среднереспубликанским показателем обеспеченность сельского населения ЮКО врачами акушерами-гинекологами была выше на 27,3%, в Жамбылской области, КЗО – на 18,2%, а в Алматинской области, напротив, на 10% ниже. Наибольшее значение изучаемого показателя (1,3 на 10 тысяч населения) в 2015 году наблюдалось в ЮКО, в Жамбылской области и КЗО – оно снизилось на 8,3%, а в Алматинской области не изменилось, составляя 1,0 на 10 тысяч населения.

При изучении динамики обеспеченности городского населения южных областей страны врачами акушерами-гинекологами установлено, что в 2011 году при среднереспубликанском показателе 4,3 врача акушера-гинеколога на 10 тысяч населения, самый высокий уровень изучаемого показателя наблюдался ЮКО (5,5 на 10 тысяч населения), самый низкий (3,1 на 10 тысяч населения) – в Алматинской области.

При изучении динамики обеспеченности врачами акушерами-гинекологами всего населения (городского и сельского) в течение 2011-2017 годов также выявлена тенденция снижения данного показателя во всех областях Южного региона РК. При этом самая низкая обеспеченность в период 2011- 2017 годов наблюдалась в Алматинской области 1,5 (2011 г.), 1,55 (2013 г.), 1,6 (2015 г.), 1,5 (2017 г.) на 10 тысяч населения, что было значительно ниже других областей Южного региона и по стране в целом. Также необходимо отметить, что наблюдалось снижение показателя обеспеченности врачами акушерами-гинекологами в ЮКО, КЗО и тенденции снижения в Жамбылской области (рисунок 24).

Таким образом, результаты проведенного фрагмента исследования показали, что в южных областях страны обеспеченность сельского населения врачами акушерами-гинекологами остается ниже городского, отмечается отрицательная динамика обеспеченности данными специалистами. При этом самый низкий уровень изучаемого показателя во все исследуемые периоды наблюдался в Алматинской области. Следует также отметить, что исследование показателя обеспеченности населения врачами акушерами-гинекологами в расчете на 10 тысяч населения позволяет в наиболее общем виде судить о доступности населения к перинатальной помощи и не учитывает особенности развития ее инфраструктуры.



Рисунок 24 - Обеспеченность всего населения врачами акушерами-гинекологами (на 10 тысяч населения) в Южном регионе и РК

На следующем этапе анализа и оценки кадровых ресурсов перинатальной помощи изучена динамика обеспеченности населения Южного региона страны врачами-неонатологами (Приложение Б, таблицы 4.49-4.51).

Как показано в Приложении Б, таблице 4.49, в 2011 году обеспеченность сельского населения страны составляла 2,3 врача-неонатолога на 10 тысяч населения. При этом в Жамбылской области, КЗО и ЮКО значение изучаемого показателя колебалось в пределах от 2,1 до 2,4 врача на 10 тысяч населения, в Алматинской области оно было наибольшим 2,6 и превышало среднереспубликанский показатель на 13,0%, и это при том, что в Алматинской области во все исследуемые годы показатель обеспеченности неонатологами был наиболее высоким из всех областей Южного региона страны. В 2015 году среднереспубликанский показатель обеспеченности сельского населения страны врачами неонатологами по сравнению с 2013 годом уменьшился на 10,9% и составил 2,1 врача на 10 тысяч населения. При этом в Алматинской области, значение изучаемого показателя, по-прежнему, было наибольшим (2,6 на 10 тысяч населения) и по отношению к 2011 году не изменилось. В Жамбылской области, КЗО и ЮКО обеспеченность сельского населения, напротив, уменьшилась. В 2015 году среднереспубликанский показатель обеспеченности сельского населения врачами неонатологами уменьшился на 12,2%. В 2017 году еще более значимое снижение изучаемого показателя обнаруживалось во всех сельских регионах страны. Так, значительное снижение наблюдалось в КЗО (43,8%), в Жамбылской области (на 33,3%), в ЮКО (на 17,6%) и даже в Алматинской области (на 19,2%).

Другая картина наблюдалась в динамике изменения показателя обеспеченности городского населения врачами неонатологами (Приложение Б, таблица 4.50). Следует отметить, что во все исследуемые годы значения среднереспубликанского индикатора обеспеченности городского населения неонатологами было в 2,5-2,7 раза больше, чем сельского. При этом в течение 2011-2017 годов наибольшая обеспеченность городского населения врачами неонатологами наблюдалась в ЮКО, Жамбылской области и КЗО, а наименьшая – в Алматинской области. Однако, в течение исследуемых лет в регионах с

относительно высоким уровнем обеспеченности городского населения врачами неонатологами наблюдалось его снижение, а в Алматинской области, наоборот – увеличение.

В целом, как показано в Приложении Б, таблице 4.51, на фоне снижения среднереспубликанского показателя обеспеченности всего населения страны неонатологами, в Южных областях, особенно в Жамбылской, ЮКО наблюдались синхронные процессы (рисунок 25).

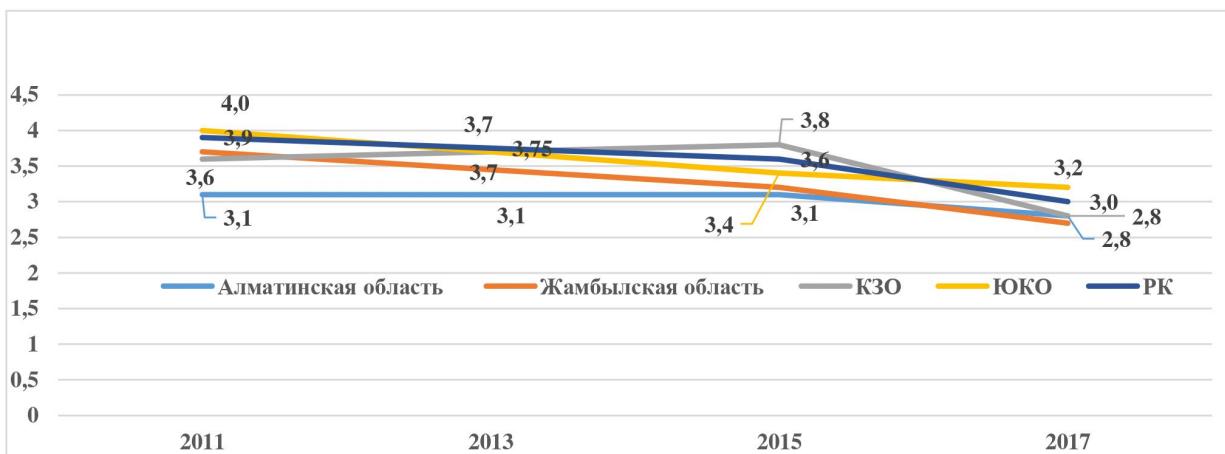


Рисунок 25 - Обеспеченность всего населения врачами неонатологами (на 10 тысяч населения) в Южном регионе и РК

Таким образом, за анализируемый период 2011-2017 гг. наблюдается стойкое снижение обеспеченностью неонатологами во всех областях Южного региона.

Результаты настоящего фрагмента исследования показали, что в течение 2011-2017 годов обеспеченность населения Южного региона Казахстана врачами акушерами-гинекологами и неонатологами продолжила оставаться неудовлетворительной и не обеспечивала в должной мере развитие инфраструктуры перинатальной помощи населению.

Такая кадровая ситуация отразилась на процессе развития перинатальных центров в Южном регионе страны. Так, в 2011 году укомплектованность перинатальных центров врачами акушерами-гинекологами была полной только в ЮКО, Жамбылской области, а в Алматинской области она составляла лишь 80,0%. В последующие годы в Алматинской и Жамбылской областях значение изучаемого показателя продолжало уменьшаться, а в остальных южных областях страны оставалось стабильной (Приложение Б, таблица 4.52).

Как показали следующие аналитические исследования (Приложение Б, таблица 4.53) укомплектованность перинатальных центров врачами неонатологами в Южных регионах страны в течение 2011-2017 годов была неудовлетворительной.

При этом в 2011 году только в Алматинской и Жамбылской областях, изучаемый показатель превышал среднереспубликанское значение, а в ЮКО

штатные должности врачей неонатологов были заполнены лишь на 12,5%.

В 2015 году в динамике ситуация заметно не изменилась, а в 2017 году в трех областях наблюдалось некоторое повышение уровня изучаемого показателя, а в ЮКО укомплектованность перинатальных центров врачами-неонатологами продолжала оставаться самой низкой.

Ситуационный анализ кадрового обеспечения перинатальной помощи населению Южного региона Казахстана дает основание полагать, что причинами сложившейся кадровой ситуации могли быть:

1) реформы в высшем медицинском образовании, приведшие к сложностям при подготовке врачей неонатологов;

2) сокращение инфраструктуры акушерско-гинекологической помощи сельского населения (ликвидация фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и семейных врачебных амбулаторий (СВА), оптимизация конечного фонда в больничных организациях);

3) отсутствие системы заблаговременной подготовки акушеров-гинекологов и неонатологов, владеющих современными технологиями инструментальной диагностики патологии матери, плода и новорожденного, эффективными оперативными вмешательствами, консервативной терапией, а также интенсивной терапией и выхаживанием новорожденных, предусмотренными международными стандартами качества и безопасности перинатальной помощи населению.

Известно, что в начале второго десятилетия 21 века в Казахстане осуществлялась активная оптимизация и реструктуризация службы здравоохранения, в том числе и медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

Анализ динамики изменения численности амбулаторно-поликлинической помощи в 2011-2017 годах показал, что в Казахстане в течение этого периода произошла интеграция ЖК в городах в территориальные и смешанные поликлиники, вместо городских роддомов строились высокотехнологичные перинатальные центры. При этом на селе переоснащались ФАП/СВА и акушерско-гинекологические отделения центральных районных больниц. В результате в 2017 году в Казахстане функционировало 930 амбулаторно-поликлинических организаций, оказывавших помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

Однако следует отметить, что в настоящее время эти обновленные акушерско-гинекологические подразделения стали лучше оснащены необходимым медицинским оборудованием, аппаратурой и расходными материалами. Они стали лучше интегрированы в сеть территориальных организаций здравоохранения, в т.ч. через инструменты цифровизации обмена медицинской информацией, соблюдения стандартов содружественной деятельности, направленной на достижение общей цели – улучшение качества амбулаторно-поликлинической помощи женщинам во время беременности.

Другим, не менее важным ресурсом в организации медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, как известно,

является обеспеченность женского населения акушерскими койками.

Изучению состояния развития этих ресурсов посвящен следующий фрагмент диссертационного исследования.

Установлено (Приложение Б, таблица 4.54), что в 2011 году обеспеченность акушерскими койками составляла 25,0 на 10 тысяч населения.

При этом среди всех южных областей Казахстана самый высокий уровень изучаемого показателя был в КЗО (27,5) области, а самый низкий – в ЮКО (21,6). В остальных южных областях Казахстана обеспеченность акушерскими койками была также ниже среднереспубликанского показателя.

Показано, что в 2015 году по сравнению с 2013 годом показатель обеспеченности акушерскими койками в стране уменьшился на 4,8% и составлял 22,6 на 10 тысяч населения. При этом в южных областях Казахстана происходило синхронное снижение изучаемого показателя.

В 2017 году снижение уровня изучаемого показателя снижался в стране и во всех южных областях. Так, среднереспубликанский показатель обеспеченности акушерскими койками увеличился на 7,1% и составил 24,2 койки на 10 тысяч населения.

При этом в Алматинской, Жамбылской областях уровень изучаемого показателя почти не изменился, а в КЗО и ЮКО он уменьшился на 8,2% и 5,0%. Таким образом, результаты этого фрагмента исследований показали, что в изучаемый период (2011-2017 годы) уровень обеспеченности акушерскими койками прогрессивно уменьшился и в стране и в Южных регионах Казахстан (рисунок 26).

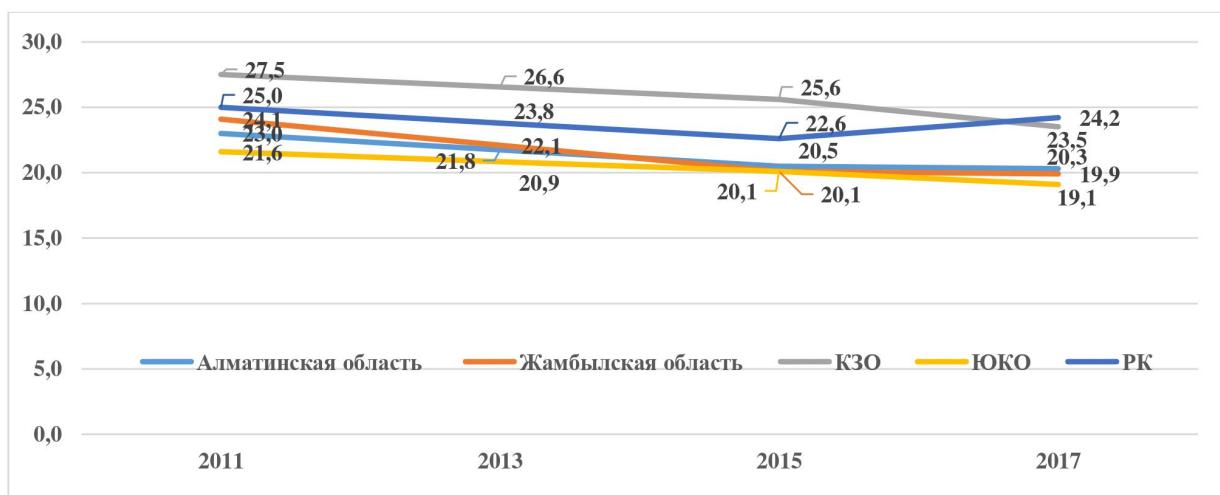


Рисунок 26 - Обеспеченность акушерскими койками (на 10 тысяч населения) в Южном регионе и РК

Такой устойчивый тренд обусловлен оптимизацией и реструктуризацией существующего коекного фонда, функционирование которого было мало оправдано с медико-технологической и экономической точки зрения. При этом ликвидация акушерских коек в ФАПах, сельских участковых больницах,

оптимизация их числа и структуры в центральных районных больницах в соответствии с реальными потребностями позволила провести реструктуризацию акушерских коек в центральных районных больницах, сконцентрировать в них диагностические и лечебные ресурсы.

Следующий анализ проведен по обеспеченности оборудованием в Южном регионе Казахстана (Приложение Б, таблица 4.55).

Во всех областях Южного региона Казахстана отмечается тенденция повышения обеспеченности оборудованием с темпами прироста от 0,9% (в ЮКО) до 2,2% (в Жамбылской области). В 2017 году темп прироста составил от 2,3% (в ЮКО) до 7,4% (в Алматинской области).

Одновременно в областных центрах и крупных городах страны, параллельно с процессом интеграции акушерско-гинекологической службы с содружественными медицинскими организациями происходила замена устаревших и изношенных роддомов на перинатальные центры. Перинатальные центры, по своей сути, – инновационные центры, призванные обеспечить повышение доступности населения региона к специализированной и высоко специализированной перинатальной помощи (рисунок 27).

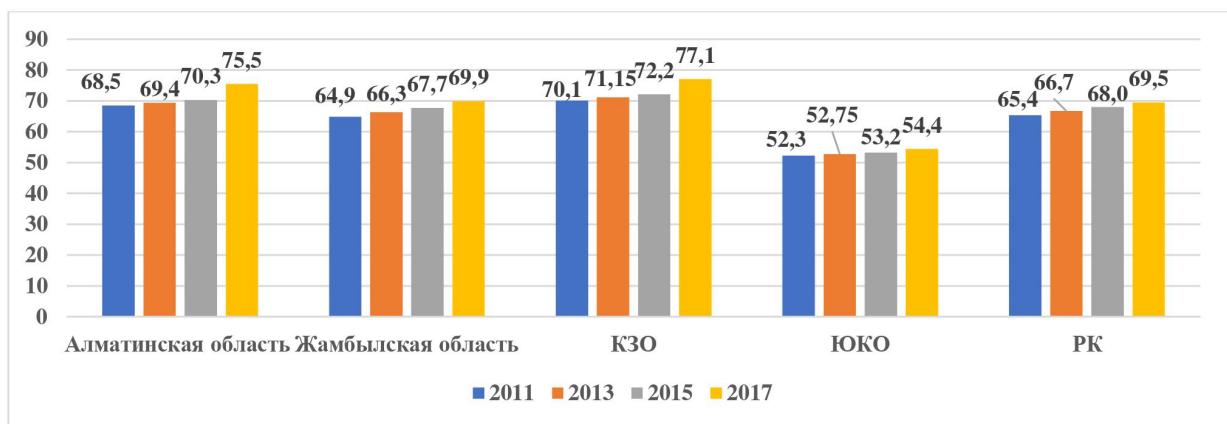


Рисунок 27 - Обеспеченность оборудованием в Южном регионе и РК (%)

Понятно, что в этом свою позитивную роль сыграло оснащение акушерско-гинекологических организаций компьютерной техникой, использование новых средств коммуникаций, связи первичных служб со специализированными. Немаловажное значение в повышении эффективности перинатальной помощи населению Южного региона страны принадлежит также переоснащению отделений и станций скорой и неотложной медицинской помощи современным автотранспортом, оснащенным современным реанимационным оборудованием, а также возрождение санитарной авиации в стране.

Таким образом, анализ кадровой и инфраструктурной обеспеченности Южного региона Казахстана выявил отрицательные тенденции кадрового потенциала, происходящие на фоне реструктуризации инфраструктуры перинатальной службы. Для обеспечения качества перинатальной помощи в данных условиях существует необходимость совершенствования службы,

решения вопросов, связанных с кадровым обеспечением медицинских организаций родовспоможения, разработки и внедрения интегрированной модели перинатальной помощи, что в целом позволит улучшить инфраструктурную и кадровую обеспеченность, будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

Основные результаты опубликованы в статьях «Акушерско-гинекологическая служба в Казахстане: итоги и перспективы», «Организация службы родовспоможения в Республике Казахстан. Проблемы и пути их решения», «Кадровая обеспеченность населения врачами акушер-гинекологами и неонатологами в Южных регионах Республики Казахстан», «Human resource of the perinatal service in the Southern regions of Kazakhstan» [155-158].

4.2 Результаты оценки потребностей целевой группы населения

С целью выявления определенной характеристики качества перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана проведены социологические исследования среди родильниц всех областей Южного региона.

Результаты показывают, что среди опрошенных только 78,8% своевременно встали на учет по беременности в ЖК, остальные 20,5% с опозданием (в срок более 12 недель беременности), а 0,7% (14 респондентов) – вообще не состояли на учете по беременности (таблица 5).

Данный факт свидетельствует о крайне низкой работе участковой службы, как центра ПМСП/ врачебной амбулатории, так и ЖК.

Таблица 5 - Распределение респондентов по срокам первого обращения в женскую консультацию

Сроки беременности	Абс.	%	95% ДИ
До 12 недель	1644	78,8	77,06; 80,58
От 13 до 16 недель	315	15,1	13,54; 16,66
От 17 до 20 недель	66	3,2	2,42; 3,98
От 21 недель и позднее	48	2,2	1,64; 2,96
Не обращалась вообще	14	0,7	0,34; 1,06
Итого	2087	100,0	-

В период беременности 65,6% опрошенных женщин имели ранний токсикоз, остальные 34,4% имели ПЭ (таблица 6). В период беременности все 100% опрошенных женщин имели экстрагенитальные заболевания. В структуре экстрагенитальной патологии лидируют эндокринные болезни (18%), артериальная гипертензия (10,9%) и вегето-сосудистая дистония (7,2%).

В момент направления в родильный дом одна пятая часть опрошенных женщин (18,3%) имели патологию беременности, в т.ч. 13,4% – ПЭ и 4,9% – обострение экстрагенитального заболевания. Большинство женщин (81,7%) при поступлении в роддом не имели патологию беременности.

Таблица 6 - Распределение респондентов по патологии, выявленной в течение наблюдения в женской консультации

Наименование патологии	Абс.	%	95% ДИ
<i>1. Патологии беременности</i>			
1) ранний токсикоз (рвота)	1370	65,6	63,52; 67,68
2) преэклампсия	717	34,4	32,32; 36,48
Всего	2087	100,0	
<i>2. Экстрагенитальные заболевания</i>			
1) вегето-сосудистая дистония	151	7,2	6,06; 8,34
2) артериальная гипертензия	227	10,9	9,54; 12,26
3) врожденные и приобретенные пороки сердца	36	1,7	1,14; 2,26
5) болезни крови и суставов	49	2,5	1,64; 2,96
6) эндокринные болезни (диабет, тиреотоксикоз)	376	18,0	16,32; 19,68
7) болезни печени и других органов пищеварения	21	1,0	0,58; 1,44
8) болезни почек	38	1,8	1,22; 2,38
9) другие болезни	1189	56,9	54,84; 59,16
Всего	2087	100,0	
<i>3. Осложнения беременности при госпитализации</i>			
1) не было	1705	81,7	80; 83,4
2) была преэклампсия	278	13,4	11,82; 14,78
3) было обострение экстрагенитального заболевания	104	4,9	4,04; 5,96
Всего	2087	100,0	

При поступлении в роддом $\frac{3}{4}$ женщин имели доношенную беременность (38 недель и более), $\frac{1}{4}$ женщин – недоношенную беременность (24,3%) (таблица 7).

Таблица 7 - Распределение госпитализированных респондентов по срокам беременности, способам и месту госпитализации на роды

Сроки беременности и госпитализации	Абс.	%	95% ДИ
1	2	3	4
<i>1. Сроки беременности</i>			
До 38 недель	508	24,3	22,42; 26,18
От 38 и больше	1579	75,7	73,82; 77,58
Всего	2087	100,0	
<i>2. Сроки госпитализации на роды</i>			
Заблаговременно в плановом порядке	784	37,6	35,48; 39,72
Срочно при наступлении родов	986	47,2	45,02; 49,38
В раннем послеродовом периоде	317	15,2	13,62; 16,78
Всего	2087	100,0	

При поступлении в роддом чуть более 1/3 женщин (37,6%) поступили в плановом порядке, 47,2% – срочно, а 15,2% (317 женщин) – уже после родов.

В роддоме к большинству женщин (72,7%) применялось консервативное ведение предродового периода, у 26,3% проведено плановое и у 1,0% (21 женщины) экстренное оперативное родоразрешение (кесарево сечение) (таблица 8).

Таблица 8 - Распределение респондентов по способам родоразрешения, наличию осложнений в родах и дополнительным методам родовспоможения

Характеристика родоразрешения	Абс.	%	95% ДИ
<i>1. Способы родоразрешения</i>			
Консервативное ведение предродового периода и родов	1518	72,7	70,74; 74,66
Плановое оперативное родоразрешение (кесарево сечение)	548	26,3	24,38; 28,22
Экстренное кесарево сечение	21	1,0	0,56; 1,44
Всего	2087	100,0	
<i>2. Наименование осложнений в родах</i>			
Слабость родовой деятельности	662	31,7	29,66; 33,74
Обострение экстрагенитального заболевания	126	6,0	4,96; 7,04
Кровотечение	89	4,3	3,42; 5,18
Ухудшение состояния плода	69	3,3	2,52; 4,08
Внутриутробная гибель	20	1,0	0,56; 1,44
Не было	1121	53,7	51,52; 55,88
Итого	2087	100,0	
<i>3. Дополнительные методы родовспоможения</i>			
Медикаментозное ускорение родов	814	39,0	36,86; 41,14
Инструментальное извлечение плода	78	3,7	2,88; 4,52
Кесарево сечение	300	14,4	12,86; 15,94
Не было	895	42,9	40,74; 45,06
Всего	2087	100,0	

В роддоме у половины женщин (53,7%) было неосложненное родоразрешение, у остальной половины в родах были осложнения, в т.ч. 31,7% – слабость родовой деятельности и 6,0% – обострение экстрагенитального заболевания, а также 4,3% кровотечений, 3,3% ухудшений состояния плода и 1% - внутриутробная гибель плода.

В роддоме у половины женщин (42,9%) роды приняты без дополнительных методов родоразрешения, у большей половины из дополнительных методов родоразрешения применены: 39% медикаментозное ускорение родов, 14,4% – кесарево сечение и 3,7% – инструментальное извлечение плода.

В роддоме у 3/4 женщин (73,7%) родился живой ребенок с уровнем живорожденности 6-7 баллов по Апгар-шкале, 23,3% – 4-5 баллов (удовлетворительное состояние), 1,7% – 1-3 баллов (неудовлетворительное состояние) и 1,3% – зафиксировано мертворождение (таблица 9).

Таблица 9 - Распределение респонденток по состоянию ребенка при рождении и весу новорожденных

Характеристика новорожденного	Абс.	%	95% ДИ
<i>1. Состояние новорожденного по шкале Anгар</i>			
6-7 баллов- хорошее	1538	73,7	71,78; 75,62
5-4 баллов- удовлетворительное	487	23,3	21,44; 25,16
3-1 балла- неудовлетворительное	35	1,7	1,14; 2,26
0 баллов- мертворождение	27	1,3	0,8; 1,8
Всего	2087	100,0	
<i>2. Вес детей при рождении (в граммах)</i>			
До 1000	46	2,2	1,56; 2,82
От 1001 до 1500	55	2,5	1,9; 3,3
От 1501 до 2000	41	2,0	1,38; 2,62
От 2001 до 2500	114	5,5	4,5; 6,5
От 2501 до 3000	805	38,6	36,46; 40,74
От 3001 и больше	1026	49,2	47,02; 51,38
Итого	2087	100,0	

В роддоме у большинства женщин (87,8%) родился ребенок с нормальной массой тела (2500 грамм и более), остальные 12,2% – с дефицитом веса, в т.ч.: 7,5% – низкой массой тела (1500-2500 гр.), 2,5% – очень низкой массой (1000-1500 гр.) и 2,2% – с экстремально низкой массой тела.

У большинства женщин (85,2%) послеродовых осложнений не было, у 1/6 части (14,8%) – были послеродовые осложнения (таблица 10), в структуре которых лидировали повреждения родовых путей (84,3%), очень редко встречались низкая сокращаемость матки (5%), кровотечения (3,9%), инфицирование родовых путей (сепсис) (1,3%) и другие осложнения (5,5%). 2/3 женщин (68,5%) провели в роддоме до 4 койко-дней, 23,7% – 5-7 дней и 7,7% – более 7 дней.

Таблица 10 - Распределение респондентов по наличию и характеру послеродовых осложнений

Характеристика послеродовых осложнений	Абс.	%	95% ДИ
<i>1. Наличие и виды послеродовых осложнений</i>			
Осложнения были	308	14,8	13,24; 16,36
Осложнений не было	1779	85,2	83,64; 86,76
Всего	2087	100,0	
<i>2. Наличие и виды послеродовых осложнений</i>			
Кровотечения	81	3,9	3,06; 4,74
Низкая сокращаемость матки	104	5,0	4,04; 5,96
Инфицирование родовых путей (сепсис)	28	1,3	0,8; 1,8
Другие осложнения	114	5,5	4,5; 6,5
Повреждение родовых путей	1760	84,3	82,7; 85,9
Всего	2087	100,0	

Абсолютное большинство женщин (96,4%) при выписке из роддома были в удовлетворительном состоянии, только 3,6% респондентов отметили неудовлетворительное состояние здоровья при выписке (таблица 11). Соответственно 81,7% родильниц отметили хорошее состояние здоровья новорожденных при выписке из роддома, 15,6% – удовлетворительное, 1,3% оставили детей в роддоме для медицинского выхаживания, а у 1,4% женщин ребенок скончался до родов, во время или раннем послеродовом периоде.

Таблица 11 – Оценка респондентами состояния здоровья родильниц и детей при выписке из роддома

Характеристика здоровья родильниц и детей	Абс.	%	95% ДИ
<i>Состояние здоровья родильниц</i>			
Удовлетворительное	2012	96,4	95,58; 97,22
Неудовлетворительное	75	3,6	2,78; 4,42
Всего	2087	100,0	
<i>Состояние здоровья детей</i>			
Хорошее	1706	81,7	80,0; 83,6
Удовлетворительное	324	15,6	13,92; 17,08
Оставлен для выхаживания	28	1,3	0,8; 1,8
Умер до родов, во время или раннем послеродовом периоде	29	1,4	0,88; 1,92
Всего	2087	100,0	

Подавляющее большинство женщин (84,6%) довольны качеством работы ЖК, а 15,4% – неудовлетворены, из них «мало лечения и много временной волокиты» (7,4%), слабая интеграция или отсутствие связи с другими медицинскими организациями (4,3%) и недостаточное внимание к пациенткам со стороны медицинского персонала (3,7%) (таблица 12).

Таблица 12 - Отношение респондентов к качеству работы женских консультаций

Качество работы женской консультации / роддома	Абс.	%	95% ДИ
1	2	3	4
<i>1. Качество работы женских консультаций</i>			
Удовлетворена	1765	84,6	83,02; 86,18
Неудовлетворена	322	15,4	13,82; 16,98
Всего	2087	100,0	
<i>Причины неудовлетворенности</i>			
1) мало лечения и много волокиты	155	7,4	6,68; 8,02
2) недостаточное внимание к пациенткам со стороны медицинского персонала	78	3,7	3,20; 4,12
3) неудовлетворительная связь с другими организациями здравоохранения	89	4,3	3,94; 4,84
<i>2. Качество работы роддома/ перинатального центра)</i>			
Позитивное	1786	85,4	84,06; 87,14
Негативное	301	14,6	12,86; 15,94
Всего	2087	100,0	

Продолжение таблицы 12

1	2	3	4
<i>Причины неудовлетворенности</i>			
1) недостаточное внимание при поступлении	160	7,7	6,92; 8,08
2) пассивное ведение предродового периода	87	4,2	3,72; 4,78
3) недостаточное внимание во время родов и в послеродовом периоде	40	2,0	1,68; 2,12
4) неудовлетворительное наблюдение и запоздалое лечение новорожденных, особенно при наличии внутриутробных рисков	14	0,7	0,54; 0,96

Как и в случае с женскими консультациями, подавляющее большинство женщин (85,4%) довольны качеством работы родильного дома/перинатального центра, а в 14,6% случаев женщины остались неудовлетворены качеством оказания медицинских услуг, из них в 7,7% случаев недостаточным вниманием к пациенткам при поступлении, в 4,2% случаев – пассивным ведением предродового периода, в 2% случаев – недостаточным вниманием во время родов и в послеродовом периоде, а 0,7% случаев – неудовлетворительным наблюдением и запоздальным лечением новорожденных, особенно при наличии внутриутробных рисков (таблица 12).

Все 100% респонденток понимают, что необходимо более внимательно относиться к своему здоровью во время беременности, так как это может повлиять на исход родов и состояние здоровья новорожденного. При этом в 39,4% случаев беременные считают, что надо лучше планировать желаемую беременность, в 24,3% случаев – надо лечить до беременности имеющиеся экстрагенитальные заболевания, в 17,8% случаев – своевременно встать на учет по беременности в женскую консультацию и в 18,5% случаев опрошенные женщины считают, что необходимо строго соблюдать рекомендации врачей (таблица 13).

Таблица 13 - Самооценка респондентов своего поведения во время беременности, родов и послеродового периода

Самооценка поведения	Абс.	%	95% ДИ
Нужно лучше планировать желаемую беременность	822	39,4	37,26; 41,54
Лечить до беременности имеющееся экстрагенитальное заболевание	507	24,3	22,42; 26,18
Как можно раньше вставать на учет в ж/к	371	17,8	16,12; 19,48
Строго соблюдать рекомендации врачей	387	18,5	16,8; 20,2
Всего	2087	100,0	

Все 100% респонденток дали предложения по улучшению деятельности ЖК и родильных домов/перинатального центра, в т.ч. улучшить оснащение родзалов и отделений для новорожденных медицинской техникой (35,1%), улучшить этику поведения и квалификацию медперсонала (24,5%), повысить уровень

преемственности и обратной связи ЖК и родильных домов/перинатальных центров (20,7%) и шире использовать управляемые методы ведения дородового, родового и послеродового периодов (19,7%) (таблица 14).

Таблица 14 - Предложения респондентов по улучшению деятельности женских консультаций и родильных домов (перинатального центра)

Наименование предложений	Абс.	%	95% ДИ
Улучшить этику поведения и квалификацию медицинского персонала	511	24,5	22,62; 26,38
Дооснастить эффективной медицинской техникой родильные залы и отделения для новорожденных	732	35,1	33,02; 37,18
Шире использовать управляемые методы ведения дородового, родового и послеродового периодов	411	19,7	17,96; 21,44
Повысить уровень преемственности и обратной связи женских консультаций и родильных домов(перинатального центра)	433	20,7	18,92; 22,48
Всего	2087	100,0	

Далее нами был проведен корреляционный анализ для определения связи отдельных факторов, выявленных в ходе самооценки репродуктивного поведения женщин.

В таблице 15 представлены результаты корреляционного анализа между различными вопросами анкеты, в результате которого установлена значимая корреляционная 2-сторонняя связь, позволившая сделать следующие выводы:

- количество беременностей зависит от возраста ($r=0,458$; чем старше возраст, тем больше беременностей), места жительства ($r=-0,098$; преимущественно в сельской местности), гражданского состояния ($r=-0,130$; больше беременностей у замужних);
- исходы предыдущих беременностей зависят от гражданского состояния ($r=0,143$; при официальном браке больше вероятность нормальных родов);
- срок первого обращения беременной женщины в женскую консультацию зависит от гражданского состояния ($r=0,064$; среди замужних высока вероятность раннего обращения в женскую консультацию), социального положения ($r=0,079$; среди работающих женщин высока вероятность раннего обращения в женскую консультацию);
- вес новорожденного при рождении зависит от возраста родильницы ($r=0,112$; с возрастом женщины растет вероятность рождения ребенка с более высоким весом), наличия экстрагенитальных заболеваний ($r=0,171$; вероятность рождения ребенка с низким весом при наличии экстрагенитальной патологии) и ПЭ ($r=-0,090$; вероятность рождения ребенка с низким весом при наличии преэклампсии);
- состояние новорожденного по шкале Апгар зависит от места жительства ($r=-0,101$; в городе высока вероятность рождения здорового ребенка и наоборот), исходов предыдущих беременностей ($r=0,060$; при нормальных предыдущих родах высока вероятность нормального исхода последующих родов), срока

первого обращения в женскую консультацию ($r=0,060$; чем раньше встала женщина на учет, тем выше вероятность родить здорового ребенка), наличия экстрагенитальных заболеваний ($r=-0,106$; вероятность рождения больного ребенка выше при наличии экстрагенитальной патологии) и ПЭ ($r=0,121$; вероятность рождения больного ребенка выше при наличии вероятность рождения больного ребенка при наличии ПЭ);

- послеродовые осложнения родильниц зависит от исходов предыдущих беременностей ($r=-0,130$; при наличии абортов в анамнезе растет вероятность послеродовых осложнений), срока первого обращения в женскую консультацию ($r=-0,086$; вероятность послеродовых осложнений наиболее высока среди лиц, не вставших на учет в женскую консультацию), наличия экстрагенитальных заболеваний ($r=0,226$; вероятность послеродовых осложнений наиболее высока среди лиц с экстрагенитальной патологией) и преэклампсии ($r=-0,153$; вероятность родовых осложнений наиболее высока среди лиц с преэклампсией);

- состояние родильницы при выписке из роддома зависит от гражданского состояния ($r=0,123$; у замужних высока вероятность хорошего состояния при выписке), исходов предыдущих беременностей ($r=0,172$; предыдущие нормальные роды увеличивают вероятность хорошего состояния родильницы при выписке), срока первого обращения в женскую консультацию ($r=0,099$; ранний учет в женской консультации увеличивает вероятность хорошего состояния родильницы при выписке), наличия экстрагенитальных заболеваний ($r=-0,184$; отсутствие экстрагенитальной патологии увеличивает вероятность хорошего состояния родильницы при выписке) и преэклампсии ($r=0,148$; отсутствие преэклампсии увеличивает вероятность хорошего состояния родильницы при выписке);

- состояние новорожденного при выписке из роддома зависит от места жительства ($r=-0,124$; городской новорожденный имеет больше вероятности хорошего состояния при выписке), исходов предыдущих беременностей ($r=0,106$; предыдущие нормальные роды увеличивают вероятность хорошего состояния новорожденного при выписке), срока первого обращения в женскую консультацию ($r=0,074$; ранний учет в женской консультации увеличивает вероятность хорошего состояния новорожденного при выписке), наличия экстрагенитальных заболеваний ($r=-0,124$; отсутствие экстрагенитальной патологии увеличивает вероятность хорошего состояния новорожденного при выписке) и преэклампсии ($r=0,103$; отсутствие преэклампсии увеличивает вероятность хорошего состояния новорожденного при выписке);

- оценка качества медицинской помощи в женской консультации зависит от гражданского состояния респонденток ($r=0,079$; среди замужних более высока вероятность хорошей оценки женской консультации), исходов предыдущих беременностей ($r=0,168$; предыдущие нормальные роды увеличивают вероятность хорошей оценки женской консультации), срока первого обращения в женскую консультацию ($r=0,127$; ранний учет в женской консультации увеличивает вероятность хорошей оценки женской консультации), наличия экстрагенитальных заболеваний ($r=-0,265$; отсутствие экстрагенитальной патологии увеличивает вероятность хорошей оценки женской консультации) и

презклампсии ($r=0,173$; отсутствие презклампсии увеличивает вероятность хорошей оценки женской консультации).

Таким образом, анализ социологического исследования целевой группы населения, в частности родильниц, показал, что основными потребностями являются – улучшение оснащения медицинских организаций родовспоможения медицинской техникой; повышение компетенций медицинского персонала в вопросах этики; улучшение преемственности и обратной связи женских консультаций и роддомов/перинатальных центров; использование управляемых методов ведения дородового, родового и послеродового периодов.

Таблица 15 - Корреляционная связь факторов репродуктивного поведения женщин, выявленных при самооценке респондентов

Фактор репродуктивного поведения	Возраст (№1)	Место жительства (№2)	Образование (№3)	Гражд. состояние (№4)	Социал. положение (№5)	Среднемес доходы (№6)	Исходы пред. беременностей (№8)	Срок первого обращения в ЖК (№9)	Патология беремости (№10)	Экстрагенит. заб-ния (№11)	Преэклампсия (№12)
Количество беременностей (№7)	0,458**	-0,098**	-0,043*	-0,130**	0,014	-0,075**					
Итоги предыдущих беременностей (№8)	0,041	0,011	-0,024	0,143**	0,007	-0,009					
Срок первого обращения в ЖК (№9)	-0,005	0,052*	0,007	0,064**	0,079**	0,002					
Состояние ребенка при рождении (№18)	0,052*	-0,101**	-0,007	0,021	0,022	-0,032	0,060**	0,060**	0,031	-0,106**	0,121**
Вес ребенка при рождении (№19)	0,112**	-0,016	0,122**	-0,051*	-0,013	0,054*			0,022	0,171**	-0,090**
Послеродовые осложнения (№20)	0,019	-0,047*	-0,021	-0,041	0,053*	-0,022	-0,130**	-0,086**	-.025	0,226**	-0,153**
Состояние женщины при выписке из роддома (№23)	-0,021	0,009	-0,034	0,123**	-0,019	0,047*	0,172**	0,099**	.034	0,184**	0,148**
Состояние ребенка при выписке из роддома (№24)	0,036	-0,124**	-0,031	0,044*	-0,011	-0,027	0,106**	0,074**	0,007	-0,124**	0,103**
Оценка качества ЖК (№25)	-0,049*	0,051*	-0,038	0,079**	-0,016	0,004	0,168**	0,127**	-0,024	-0,265**	0,173**

** Корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

* Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя).

4.3 Оценка основных аспектов перинатальной помощи медицинскими работниками

Среди медицинских работников, включая как медицинских специалистов, так и организаторов здравоохранения, работающих в медицинских организациях родовспоможения, проведено исследование уровня качества оказания перинатальной помощи целевых группам населения, результаты которого приведены ниже.

Результаты исследования показали, что основными причинами неудовлетворительного взаимодействия женских консультаций и роддомов были (таблица 16):

- низкий уровень здоровья беременных женщин (высокая частота преэклампсий и экстрагенитальных заболеваний) – 43,7%;
- низкий уровень психо-физической подготовки беременных - 37,2%;
- низкое качество антенатальной диагностики патологии плода в женских консультациях – 19,1%.

Так, респонденты выделили следующие проблемные вопросы: низкий уровень здоровья беременных женщин, низкий уровень психо-физической подготовки беременных и низкое качество антенатальной диагностики. Все эти факторы напрямую относятся к работе женских консультаций, но не родильных домов/ перинатальных центров.

Таблица 16 - Отношение респондентов к взаимодействию женских консультаций и родильных домов

Причины неудовлетворительного взаимодействия	Абс.	%	95% ДИ
Беременные поступают с преэклампсией и обострением экстрагенитальных заболеваний	406	43,7	40,44; 46,96
В женских консультациях плохо проводится антенатальная диагностика патологии плода	178	19,1	16,52; 21,68
Неудовлетворительна психо-физическая подготовка беременных к родам и послеродовому периоду	346	37,2	34,04; 40,36
Всего	930	100	

Для улучшения планирования беременности респонденты единодушно указали на образовательный момент, а не на диагностическую составляющую этого процесса (таблица 17). Так, 46,5% респондентов предложили улучшить медицинскую грамотность женщин репродуктивного возраста, 36,1% – осуществлять эффективную профилактику абортов и контрацепцию и 17,3% – повысить качество разъяснительной работы в школах и учебных заведениях.

Для улучшения деятельности женских консультаций респонденты предложили:

- повысить профессиональную компетентность и мотивации медработников (33,1%);
- улучшить эффективность и качество лечения патологии беременности и экстрагенитальной патологии у беременных (20,3%);

- внедрить современные методы пренатальной диагностики патологии плода (16,6%);

- осуществлять заблаговременную госпитализацию беременных с высоким риском развития осложнений в родах и раннем послеродовом периоде (15,6%)

- дооснастить женские консультации необходимой медицинской техникой (14,4%).

Таким образом, рекомендации по улучшению деятельности ЖК включают, в первую очередь, мотивационную составляющую, затем – технологическую (методы диагностики), организационную (госпитализация) и техническую (оборудование).

Для улучшения работы родильных домов (перинатального центра) респонденты рекомендовали:

- увеличить штатную численность дежурных врачей и среднего медицинского персонала (25,3%);

- улучшить обеспеченность родильных отделений эффективными лекарственными средствами, экстренной лабораторной и инструментальной диагностикой, включая состояние плода, родовых путей и сердечно-сосудистой системы роженицы и родильницы (22,5%);

- внести изменения и дополнения в клинические протоколы ведения осложнений беременности и родов, в части использования более широкого спектра лекарственных средств и акушерских пособий (19,9%);

- повысить профессиональную компетентность врачей и акушеров-гинекологов в проведении плановых и экстренных хирургических вмешательств (19,2%);

- повысить качество реанимационной помощи, интенсивной терапии и выхаживания новорожденных (13,1%).

Таким образом, респонденты указали (не напрямую, но косвенно) на проблему ресурсной обеспеченности перинатальной помощи в роддомах/перинатальных центрах, касаюмо как кадрового обеспечения, так и технического. Также косвенно респонденты указали на недостаточный профессионализм медицинского персонала роддомов, особенно по такому направлению, как реанимация и интенсивная терапия.

Таблица 17 - Предложения респондентов по улучшению планирования беременности

Наименование предложений	Абс.	%	95% ДИ
1	2	3	4
<i>1. По улучшению планирования беременности</i>			
1) улучшить медицинскую грамотность женщин репродуктивного возраста	432	46,5	43,22; 49,78
2) повысить качество разъяснительной работы в школах и учебных заведениях	161	17,3	14,82; 19,76
3) осуществлять эффективную профилактику абортов и контрацепцию	336	36,1	32,96; 39,24

Продолжение таблицы 17

1	2	3	4
4) проводить своевременную диагностику и лечение экстрагенитальных заболеваний у женщин репродуктивного возраста	1	0,1	0,1; 0,3
Всего	930	100	
<i>2. По улучшению деятельности женских консультаций</i>			
1) повысить профессиональную компетентность и мотивации медработников	308	33,1	30,02; 36,18
2) дооснастить женские консультации необходимой медицинской техникой	134	14,4	12,1; 16,7
3) улучшить эффективность и качество лечения патологии беременности и экстрагенитальных заболеваний у беременных	189	20,3	17,66; 22,94
4) внедрить современные методы пренатальной диагностики патологии плода	154	16,6	14,16; 19,04
5) осуществлять заблаговременную госпитализацию беременных с высоким риском развития осложнений в родах и раннем послеродовом периоде	145	15,6	13,22; 17,98
Всего	930	100	
<i>3. По улучшению работы роддомов (перинатального центра)</i>			
1) увеличить штатную численность дежурных врачей и среднего медицинского персонала	235	25,3	22,44; 28,16
2) внести изменения и дополнения в клинические протоколы ведения осложнений беременности и родов, в части использования более широкого спектра лекарственных средств и акушерских пособий	185	19,9	17,28; 22,52
3) повысить профессиональную компетентность врачей и акушеров-гинекологов в проведении плановых и экстренных хирургических вмешательств	179	19,2	16,62; 21,78
4) улучшить обеспеченность в родильных отделениях эффективными лекарственными средствами, экстренной лабораторной и инструментальной диагностики состояния плода, родовых путей и сердечно-сосудистой системы роженицы и родильницы	209	22,5	19,76; 25,24
5) повысить качество реанимационной помощи, интенсивной терапии и выхаживания новорожденных	122	13,1	10,88; 15,32
Всего	930	100	

Таким образом, большое влияние на качество перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана оказывают следующие социально-значимые факторы:

- неудовлетворительная обеспеченность населения врачами акушерами-гинекологами и неонатологами, акушерскими койками,
- наличие негативных поведенческих факторов риска беременности

женщины (поздняя/или отсутствие постановки на учет, поздняя послеродовая госпитализация в роддом, низкий уровень здоровья беременных женщин - высокая частота поздних токсикозов и экстрагенитальных заболеваний),

- организационные факторы (низкий уровень психофизической подготовки беременных, низкое качество антенатальной диагностики патологии плода в женских консультациях, слабая интеграция женских консультаций с родильными домами и/или отсутствие связи с другими медицинскими организациями, недостаточное внимание к пациенткам со стороны медицинского персонала).

Проведенный анализ данных факторов показал необходимость изменений амбулаторно-поликлинической помощи и интеграции ее со стационарной помощью, совершенствование стационарной помощи, пересмотр и создание новых клинических протоколов, нового стандарта в оказании акушерско-гинекологической помощи, создание новых программ обучения медицинских кадров и современных технологий обучения. Все это еще раз свидетельствует о необходимости разработки новой модели перинатальной помощи с учетом традиционных компонентов и введения новых технологий, основной идеей которой должно стать интеграция и преемственность, развитие цифровизации, внедрение новых технологий диагностики, лечения и профилактики, внедрение новых технологий управления перинатальной помощью – разработка стандартов лечения и образовательных программ.

Основные результаты опубликованы в статьях «Проблемы инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе республики» [159].

5 МОДЕЛЬ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЮЖНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

В предыдущих разделах выполненного диссертационного исследования освещены демографические, инфраструктурные и медико-статистические отличия Южного региона Казахстана в развитии перинатальной помощи населению.

Мониторинг основных индикаторов перинатальной помощи выявил следующие высокие перинатальные риски – недостаточный охват раннего учета беременности в ЖК (79,6-88,5%), высокая частота ранних токсикозов (1,8 на 100 беременных при 1,9 в РК) и ПЭ (6,1 при 4,5 в РК), из экстрагенитальной патологии среднереспубликанский уровень превышают болезни органов дыхания – 2,33 (2,1 в РК), почек и мочевыводящих путей – 9,4 (7,4 в РК), нервно-психические расстройства и болезни – 0,42 (0,42 в РК); высокие акушерские риски – наличие невынашивания беременности составило 16,4 на 100 беременных (18,8 в РК), преждевременных родов 10,35 в диапазоне 5,4-15,1 (10,4 в РК), акушерских кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде 1,5 в диапазоне 1,0-2,1 (1,6 в РК), кесарево сечение 18,0 в диапазоне 7,6-28,9 (18,0 в РК), ампутации и экстирпации матки 0,62 в диапазоне 0,26-0,98 (0,7 в РК) с нестабильной динамикой.

Материнская смертность в Южном регионе Казахстана составила 12,2-17,6 на 100 тысяч беременных (12,5 в РК) с общей тенденцией к снижению. В структуре причин МС преобладают экстрагенитальные заболевания (8 случаев из 22 по РК).

Высокий уровень перинатальной смертности в Южном регионе Казахстана составил 10,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (9,3 в РК), с общей тенденцией к уменьшению. В структуре перинатальной смертности составляют антенатальная (39-51%), интранатальная (9-11%) и ранняя неонатальная смертность (29-38%). Рождение детей с хромосомной патологией остается самым высоким в стране (0,9 на 1000 новорожденных при 0,86 – в РК).

Немаловажное значение на качество перинатальной помощи оказывает дефицит сельских врачей акушеров-гинекологов (0,9 на 10 тысяч населения против 4,2 в городских) и неонатологов (1,4 против 4,3), при этом этот же показатель в перинатальных центрах почти соответствует общереспубликанскому уровню (акушерами-гинекологами – 80,0 при 83,0 в РК, неонатологами – 59,0 при 57,0 в РК). Обеспеченность населения акушерскими койками значительно ниже среднереспубликанского показателя – 20,7 на 10 тысяч населения против 24,2 в РК.

Оценка репродуктивного поведения женщин в современных условиях выявила негативные факторы риска для беременной женщины: 20,5% с опозданием (в срок более 12 недель беременности), а 0,7% (14 респонденток) – вообще не состояли на учете по беременности, 34,4% имели преэкламсию (против 11-20% по данным литературы), 100% – экстрагенитальные заболевания (против 40-60% по данным литературы), 18,3% имели патологию беременности. Частота преждевременных родов (24,3%) превышает среднемировой показатель

(5-18% от числа рожденных детей), позднего (послеродового) поступления в роддом – 15,1%, оперативного родоразрещения (cesareo сечение) – 27,3% (10-15% по данным ВОЗ), осложнений в родах (46,3%).

Социологический опрос медицинских работников выявил, что для улучшения планирования беременности приоритетной мерой является профилактика (повышение медицинской грамотности женщин, предупреждение абортов и контрацепция), повышение качества работы первичного звена (уровень здоровья и психофизической подготовки беременных и качество антенатальной диагностики). Рекомендации по улучшению деятельности женских консультаций включают, в первую очередь, мотивационную составляющую, затем – технологическую (методы диагностики), организационную (госпитализация) и техническую (оборудование), а для роддомов (перинатального центра) – решение проблемы ресурсной обеспеченности (кадрового, технического) и уровня профессионализма медицинского персонала, особенно по такому направлению, как реанимация и интенсивная терапия.

Многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов доказано, что наряду с совершенствованием клинической деятельности, важнейшим резервом в снижении уровня материнской и перинатальной смертности является оптимизация и повышение эффективности управления инфраструктурными, кадровыми и инновационными ресурсами задействованных служб здравоохранения.

На протяжении последнего десятилетия в РК в организации перинатальной помощи произошли системные изменения. В рамках реализации Государственных программ развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» (2011-2015 гг.), «Денсаулық» (2016-2019 гг.) внедрены международные принципы трехуровневой регионализации перинатальной помощи. Все три уровня регионализации предусматривают оказание медицинской помощи только на стационарных этапах, при этом выпадает самый важный, начальный уровень – ПМСП. Это направление нуждается в развитии, поскольку полноценная профилактика перинатальных и акушерских рисков начинается именно на этом этапе. На уровне ПМСП очень важна детская и подростковая гинекология, которая связана с целым рядом проблем охраны репродуктивного здоровья. Качественная работа на уровне ПМСП должна позволить улучшить эффективность всей службы. Немаловажным аспектом оптимизации медицинской помощи должна стать цифровизация, которая позволит сохранить преемственность между амбулаторным и стационарным уровнями.

Проведенный анализ существующих моделей оказания перинатальной помощи в стране и в мире показал, что в современных условиях развитие перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании путем разработки и внедрения региональной модели инновационного развития перинатальной помощи, основанной на анализе демографических показателей, перинатальных и акушерских рисков, динамики материнской и перинатальной смертности, инфраструктурной обеспеченности

перинатальной помощью, анализа социально-значимых факторов (социологический опрос пациентов и врачей) и внедрения инновационных технологий в Южном регионе Казахстана с применением цифровизации и пациенториентированного подхода, направленного на конечный результат.

Инновация («innovation», в переводе «в направлении изменений») – это новшество или обновление, которое повышает эффективность действующей системы, процессов или улучшает их качество. Не каждое новшество является инновацией, а лишь то, что повышает эффективность действующей системы. [160].

Результаты проведенного анализа состояния перинатальной помощи в Южном регионе, динамики основных показателей позволили обосновать необходимость совершенствования организационных процессов и позволили разработать Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана.

Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе разработана на основе результатов проведенных исследований, в частности оценки существующих моделей оказания перинатальной помощи в мире; анализа демографических показателей и состояния здоровья целевой группы населения в динамике; анализа организации перинатальной помощи; оценки потребностей целевых групп (рисунок 28).



Рисунок 28 – Платформа разработки модели инновационного развития перинатальной помощи Южного региона РК

Согласно данным исследований в области инновационных процессов в бизнесе на современном этапе чаще всего используются следующие модели инновационного процесса, соответствующие разным этапам развития экономик стран: интегрированная модель, совмешённая модель, модель стратегических

сетей [161].

При разработке модели мы руководствовались принципами построения интерактивной и стратегической моделей инновационного процесса по Ровеллу [162]. Интерактивная модель характеризуется упором на связи технологических способностей и возможностей с потребностями рынка. В стратегической модели инновационный процесс рассматривается как процесс преобразования «входов» (ресурсов, информация и др.) в «выходы» (удовлетворение потребностей в медицинских услугах). В связи с этим схема построения модели выглядела следующим образом: существующие модели перинатальной помощи, медико-демографические показатели рассматриваются как технологические способности и возможности, а потребность целевой группы с внутренней оценкой организации перинатальной помощи как потребность рынка. Все эти факторы (ресурсы, информация) в совокупности определяют необходимость разработки новой модели перинатальной помощи и являются «входом» инновационного процесса. Следующий этап построения модели включает собственно инновационный процесс – разработка модели перинатальной помощи. И на «выходе» должны быть получены результаты в виде улучшения оказания перинатальной помощи населению (рисунок 29).



Рисунок 29 – Процесс разработки модели инновационного развития перинатальной помощи Южного региона РК

Модель инновационного развития перинатальной помощи Южного региона является научно-обоснованной, последовательной, интегрированной, связанной с концепцией стратегической организации инновационной деятельности,

которая заключается в том, что основным условием долгосрочного развития отрасли является ориентация на удовлетворение потребностей целевых групп населения на основе постоянного проведения стратегического анализа рынка. Отличие разработанной модели от ранее существующих заключается в том, что она включает все уровни оказания медицинской помощи, в том числе амбулаторно-поликлинический, стационарный; является целостной, комплексной, последовательной, поэтапной системой, состоящей из четырех связанных между собой функциональных блоков (рисунок 30).



Рисунок 30 - Схема модели инновационного развития перинатальной помощи Южного региона Казахстана

Разработанная модель инновационного развития перинатальной помощи Южного региона Казахстана состоит из четырех блоков, взаимосвязанных между собой:

- Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи беременным.
- Развитие акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам.
- Повышение результативности перинатальной помощи.
- Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденности.

В разработанной модели разделение важнейших составляющих инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана на блоки в известной степени условно, так как очевидно, что они неразрывно интегрированы между собой через механизмы преемственности, обратной связи, стандартизацию объемов, структуры и видов медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным на этапах оказания первичной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной помощи.

Блок 1 «Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи беременным»

Блок 1 «Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи беременным» включает следующие составляющие: цифровизация амбулаторно-поликлинической помощи; внедрение инновационных технологий в ПМСП; развитие детской и подростковой гинекологии; развитие медико-генетической службы; интеграция всех служб вокруг нужд пациента на уровне ПМСП (рисунок 31).

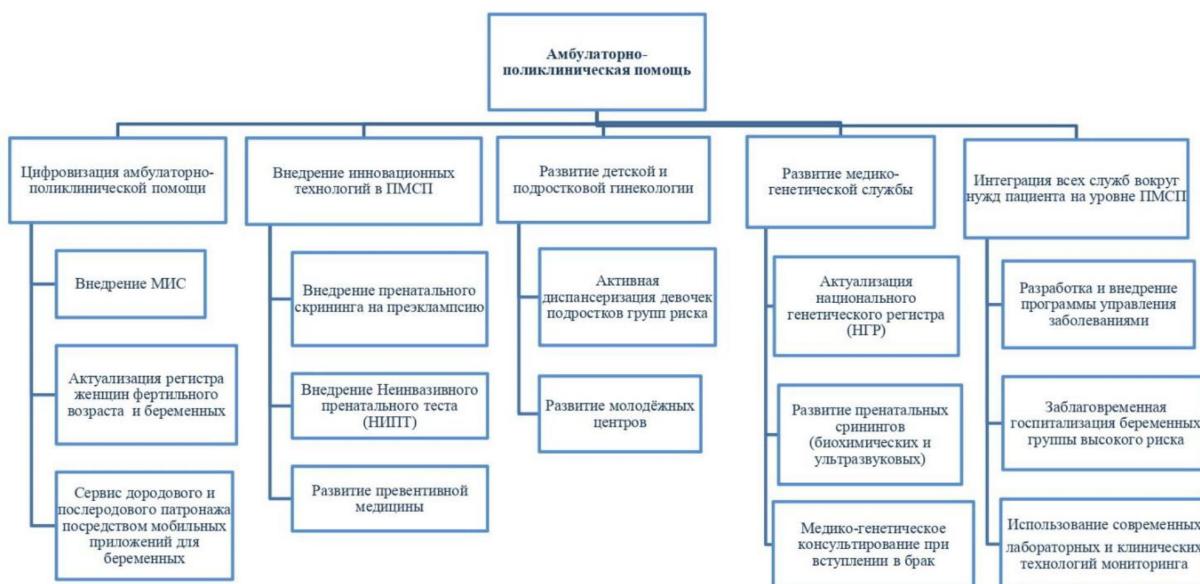


Рисунок 31 – Схема совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи беременным

Цифровизация амбулаторно-поликлинической помощи

Внедрение медицинской информационной системы

В связи с активной цифровизацией, проводимой в системе здравоохранения Республики Казахстан, у территориальных органов здравоохранения и служб родовспоможения появляется исторический шанс создать исчерпывающую базу данных о здоровье населения, в том числе женщин фертильного возраста и беременных. Здесь важно, чтобы кроме территориальных родовспомогательных организаций, в формулировании единой информационной базы данных были вовлечены детские поликлиники, школьные врачи, здравпункты в учебных заведениях, загсы и т.д.

Медицинская информационная система позволяет автоматизировать рабочий процесс и обеспечить переход на безбумажное ведение медицинской документации.

Внедрение в Республике Казахстан принципов регионализации по трем уровням перинатальной помощи, регистра беременных и женщин фертильного возраста, Национального генетического регистра, пренатального скрининга,

мониторинга больных в критическом состоянии, развитие Национальной телемедицинской сети, организация транспортной и санитарной авиации позволила реально улучшить в стране помочь беременным и роженицам.

Актуализация Регистра женщин фертильного возраста и беременных

Внедрение «Регистра беременных и женщин фертильного возраста» обеспечивает мониторинг беременных. Заполнение данных беременных женщин на уровне первичного звена позволяет проводить ежедневный мониторинг медицинскими организациями «маршрута» каждой беременной женщины в зависимости от группы риска. Это позволяет контролировать течение и осложнения беременности, обеспечить принятие оперативных мер по взаимодействию медицинских организаций, сократить возможные риски для здоровья женщин и новорожденных, а также обеспечить объективную статистику основных демографических показателей.

Развитие сервиса дородового и послеродового патронажа посредством мобильных приложений для беременных

Использование данного сервиса медицинскими организациями амбулаторно-поликлинического звена дает следующие преимущества:

- повысить выявляемость на ранних этапах угрожающих состояний в акушерстве и наиболее распространенных заболеваний в педиатрии;
- минимизировать количество медицинских ошибок, так как в режиме реального времени врачи могут получить консультацию высококвалифицированных специалистов;
- увеличить охват контингента прикрепленного населения Школами здоровья;
- снизить нагрузку на врачей и средний медицинский персонал, что позволит избежать текучки кадров.

Важным этапом в развитии сервиса дородового и послеродового патронажа является разработка контента для мобильного приложения в виде подготовки печатной и электронной версии книги «Школа будущей мамы» [163].

Активное использование этого руководства женщинами фертильного возраста позволяет повысить их информированность и солидарную ответственность. Пошаговое руководство от планирования беременности до первых месяцев жизни новорожденного позволяет повысить информированность беременных о вреде курения, употребления алкоголя, простудных и других инфекционных заболеваний, а также стрессовых ситуаций в повседневной жизни, о тревожных признаках во время беременности.

Внедрение инновационных технологий в ПМСП

Внедрение пренатального скрининга на преэклампсию

Для Южного региона Казахстана актуальной является высокая частота преэклампсии 34,4% (против 11-20% по литературным данным). В структуре причин МС от акушерских причин в РК, ПЭ занимает первое место – 21,4%. В связи с тем, что эффективное лечение ПЭ отсутствует, возрастает роль ранней пренатальной диагностики и профилактики развития ПЭ. В настоящее время разработаны надежные методы пренатального скрининга на ПЭ, диагностическая значимость которых составляет 100% для ПЭ с ранней

манифестаций и 88% для ПЭ с поздним началом. Внедрение пренатального скрининга на ПЭ в различных странах мира с последующим профилактическим лечением показало его высокую эффективность в снижении частоты ранней ПЭ на 82%, поздней ПЭ – на 62%, что подтверждено результатами мультицентровых исследований и мета-анализа [164].

В рамках pilotного проекта Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии провел скрининг на преэклампсию (рисунок 32).



Рисунок 32 – Схема организации скрининга на преэклампсию.

При внедрении пренатального скрининга на преэклампсию с использованием международного протокола The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Fetal Medicine Foundation (FMF) были изучены три биологических маркера: допплерометрия маточных артерий – uAD, среднее артериальное давление – MAP, уровень плацентарного фактора роста – PIgf материнской сыворотки. Первый этап скрининга на ПЭ проводится всем беременным в сроки 11-13 недель 6 дней беременности, группа высокого риска по последующему развитию ПЭ составила 6-8% беременных. Группе высокого риска была назначена профилактика ПЭ путем назначения аспирина в суточной дозе 150 мг на ночь, начинается прием аспирина не позднее 16 недель и заканчивается в 36 недель. Второй этап скрининга на ПЭ; беременные группы высокого риска проходят анализ маркера PIgf-2 в сроки 20-24 недели беременности для определения эффективности профилактики ПЭ.

В период с 2018 года проскринировано на ПЭ 2913 беременных. Группа высокого риска по развитию ПЭ составила 162 случая (6,0%). Нами проанализирована эффективность профилактики развития ПЭ у беременных группы высокого риска по результатам теста PLGF-1. Из группы высокого риска 113 (70,1%) беременным назначена профилактика аспирином в дозе 150 мг (1-я группа), 32 (19,6%) - в дозе менее 150 мг (75 мг, 125 мг) в сутки (2-я группа) и 17 (10,3%) беременным профилактика ПЭ не назначена (3-я группа).

Второй тест PLGF прошли 72 (44,4%) беременных группы высокого риска, из них 39 (53,8%) беременных имели нормальные значения маркера (более 0,5 MoM), у 33 (46,2%) беременных отмечены низкие значения концентрации PLGF (менее 0,5 MoM).

Анализ исходов родов у беременных группы высокого риска по ПЭ показал, что в ПЭ развилась у 4, из них у одной беременной диагноз ПЭ не подтвержден наличием белка в моче. В группе высокого риска по развитию ПЭ в родах диагноз ПЭ выставлен 3 беременным, что составило 1,8%. При этом в 1-й группе ПЭ не развилась ни одной пациентки, во второй группе – у 2 (1,2%) беременных и в 3-й группе – у одной (0,6%). Частота ПЭ в группе проскринированных 2913 беременных составила 0,1% (3), что оказалось в 9 раз ниже общереспубликанского показателя – 0,95% (по данным «Мединформ»). Удельный вес ПЭ в группе высокого риска по развитию ПЭ составил 3 (1,8%). В группе высокого риска без назначения профилактического лечения аспирином и в дозе менее 150 мг развилась ПЭ. Следует отметить, что у 113 беременных группы высокого риска с антенатальным уходом по международным стандартам ПЭ не развилась ни у одной беременной, что подтверждает эффективность профилактического лечения ПЭ путем приема аспирина 150 мг до 16 недель беременности.

Таким образом, внедрение данного скрининга позволит снизить материнскую заболеваемость от ПЭ, особенно тяжелых форм с ранним началом до 34 недель беременности, снизить число случаев материнской смертности от тяжелой ПЭ и эклампсии, снизить частоту преждевременных индуцированных родов, снизить частоту акушерских кровотечений от отслойки нормально расположенной плаценты, снизить число внутриутробной гибели плода, снизить частоту перинатальной смертности и заболеваемости от недоношенности, снизить частоту рождения маловесных детей, снизить расходы государства на стационарное лечение матерей с ПЭ и их новорожденных.

Внедрение неинвазивного пренатального теста

Проведенный анализ частоты рождения детей с хромосомными аномалиями в Южном регионе Казахстана показал, что для повышения эффективности существующей системы генетического скрининга беременных необходимо внедрение более эффективных инновационных технологий пренатального скрининга. Альтернативным методом, решающим проблемы точности пренатальной диагностики хромосомных болезней плода, резко снижающим число и исключающим риск осложнений от проведения инвазивных процедур, является тест внеклеточной ДНК плода на хромосомные и микроделеционные синдромы – НИПТ. Внедрение НИПТ позволит проводить основной скрининг на трисомии 21, 18, 13; моносомию X; XXX, XXY, XYY; триплоидию; пузирный занос, а также расширенный скрининг: 22q11.2 делеции; синдром Прадера-Вилли; синдром Ангельмана; синдром кошачьего крика; 1p36 делецию [165]. Точное определение риска хромосомных аномалий с эффективностью 99% позволит минимизировать перинатальные потери от хромосомных аномалий и осложнений, связанных с инвазивными процедурами в виде самопроизвольных выкидышей, септических осложнений и других. Эти новые возможности, вместе

с традиционными методами выявления патологии беременности и экстрагенитальных заболеваний в ранние сроки, являются основой снижения перинатальных рисков. При этом необходимо более эффективно использовать ресурсы модернизируемой лабораторной службы, ультразвуковой и пренатальной диагностики патологии плода. Результаты внедрения НИПТ показали его высокую диагностическую ценность. Так при трисомии 21 хромосомы чувствительность составила 100%, при трисомии по 18 хромосоме – 97,2%, при трисомии по 13 хромосоме – 78,6%, по моносомии X-хромосомы – 93,8% [166]. Учитывая высокую чувствительности НИПТ и полную безопасность для матери и плода в сравнении с общепринятым алгоритмом пренатального скрининга, внедрение НИПТ позволит снизить группу риска по хромосомными аномалиям и избежать ненужных инвазивных процедур у беременных.

Внедрение принципов превентивной медицины

Фолаты, участвуя в клеточной репликации и дифференцировке, играют важную роль в организме при этом обеспечивая метилирование всех субстратов обмена веществ. У 90% популяции имеется дефицит фолатов, который связан как с недостаточным потреблением фолатсодержащих пищевых продуктов, так и с нарушением функции ферментов фолатного цикла. Недостаток фолатов в организме во время беременности приводит к нарушениям эмбриогенеза и формированиям пороков развития у плода, риску преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела и аутизма. Прием фолатов и других витаминных комплексов в прегравидарный период и в течение беременности отвечает принципам превентивной медицины и позволяет значительно сократить частоту злокачественных, сердечно-сосудистых заболеваний, когнитивных расстройств, осложнений беременности и пороков развития у плода, связанных с дефицитом фолатов.

Развитие детской и подростковой гинекологии

Активная диспансеризация девочек-подростков группы риска

Известно, что здоровье женщин фертильного возраста формируется в подростковом возрасте. В этот период у девочек-подростков накапливаются хронические, соматические и психосоматические заболевания, гинекологическая патология, которые потом, при наступлении беременности, становятся причиной развития перинатальных рисков для матери, плода и новорожденного. Поэтому их своевременное оздоровление является базовой основой охраны репродуктивного здоровья женщин.

Развитие молодежных центров

Содружественная деятельность молодежных центров приведет не только к повышению доступности к исчерпывающей информации о здоровье наиболее «рискованных» групп женского населения, но и позволит формировать объективную статистику и целевые программы их оздоровления задолго до беременности.

Развитие медико-генетической службы

Актуализация Национального генетического регистра

По данным «Национального генетического регистра Республики

Казахстан» ежегодно в РК рождается 3500-4500 детей с ВПР, из них с хромосомной патологией – 350, дефектами невральной трубы – 130, множественными ВПР – 270. Ежегодно в программе генетического скрининга беременных на стадии внутриутробного развития плода выявляется 1000-12000 летальных ВПР плода, из них – 140-150 с хромосомной патологией. Удельный вес ВПР в структуре причин перинатальной смертности по данным Национального генетического регистра составляет 10-15% и не имеет тенденции к снижению.

Развитие пренатальных скринингов (биохимических и ультразвуковых)

С 2007 года по всей республике внедрена Государственная программа неонатального и пренатального скрининга, полностью финансируемая государством. За 2007-2017 годы проскринировано более 2 млн беременных женщин и 2,5 млн новорожденных. Предупреждено рождение 13615 ребенка с летальными ВПР и 1615 с хромосомной патологией. Выявлено 398 ребенка с врожденным гипотиреозом и 112 детей с фенилкетонурией. Все 510 детей своевременно пролечены и не имеют инвалидизации.

В РК с целью повышения эффективности пренатального генетического скрининга беременных, повышения качества пренатальной диагностики в ранние сроки беременности разработана «Дорожная карта» по организации пренатального скрининга.

Медико-генетическое консультирование при вступлении в брак

Важным звеном в предотвращении незапланированной беременности и профилактики внутриутробных пороков развития плода и наследственной патологии, является организация медико-генетического консультирования при вступлении в брак. Медико-генетические консультации в составе родовспомогательных организаций во многих случаях позволяют предотвращать развитие внутриутробных пороков развития плода и принимать своевременные меры по их профилактике. В связи с этим, следует информировать граждан, вступающих в брак, о функционировании этих медицинских организаций и о важности обращения к врачам генетикам, иммунологам, репродуктологам.

Интеграция всех служб вокруг нужд пациента на уровне ПМСП

В рамках Дорожной карты «Интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития ПМСП» в республике будет актуализирована система регионализации службы родовспоможения с утверждением Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи.

Разработка и внедрение программы управления заболеваниями

В городских и сельских смешанных поликлиниках, в женских консультациях, на интегрированных участках врачи общей практики (терапевты) должны формировать группы высокого перинатального риска. Группы беременных высокого риска с экстрагенитальными заболеваниями и патологической беременностью подлежат персонифицированным лечебно-диагностическим и профилактическим мероприятиям.

Эти новые возможности, вместе с традиционными методами выявления патологий беременности и экстрагенитальных заболеваний в ранние сроки

являются базовой основой снижения предстоящих перинатальных рисков. Понятно, что к этой работе нужно шире привлекать врачей общей практики на селе, специалистов терапевтического профиля в городских смешанных поликлиниках. При этом необходимо более эффективно использовать ресурсы модернизируемой лабораторной службы, ультразвуковой и пренатальной диагностики патологии плода. Должна быть повышена эффективность лечения экстрагенитальных заболеваний с минимизацией их негативного влияния на развитие беременности и состояния внутриутробного плода.

Заблаговременная госпитализация беременных группы высокого риска

Важнейшим звеном повышения эффективности амбулаторно-поликлинической помощи беременным является совершенствование преемственности, постоянного взаимодействия, обратной связи в обмене информацией о здоровье беременных. При этом заблаговременная госпитализация беременных с акушерской патологией беременности и обострением экстрагенитальных заболеваний является надежной гарантией минимизации перинатальных рисков для матери и плода в родах и послеродовом периоде.

Использование современных лабораторных и клинических технологий мониторинга

При оценке эффективности работы лабораторной службы уделяется большое внимание информативности, надежности (достоверности) и своевременности получаемых в ней результатов. Эффективность деятельности достигается за счет повышения квалификации кадров, внедрения новых информативных тестов, автоматизации технологических процессов анализа.

Современное лабораторное оборудование позволяет проводить экспресс-диагностику неотложных состояний. Лабораторная экспресс-диагностика имеет специфический характер, как с точки зрения диагностических задач, так и с точки зрения техники выполнения исследований. Техническая особенность лабораторной экспресс-диагностики состоит в том, что должны применяться методы, не отнимающие много времени и требующие минимальных объемов крови. Частота осложнений, сопровождающих различные патологические состояния (кровопотери, ДВС-синдром, тромбозы, почечная недостаточность и др.), постоянно растет. Поэтому современный лабораторный комплекс должен быть в медицинских организациях третьего и четверго уровня. Он включает коагулометр, агрегометр, тромбоэластограф, биохимический анализатор (для определения концентрации метаболитов и активности ферментов). Современный автоматический биохимический анализатор для выполнения большинства тестов требует 2-10 мкл сыворотки крови, из одной пробы крови одномоментно (в течение 30 минут) можно выполнить до 30 исследований [167].

Современные технологии мониторинга в клинике включают централизованную систему управления всеми приборами, позволяющую автоматически обнаруживать каждый подключенный прибор и выводить текущую информацию на компьютер центрального поста, и таким образом, повысить качество оказываемой помощи в медицинских организациях.

Блок 2 «Развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам»

Блок 2 «Развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам» состоит из следующих фрагментов: внедрение цифровизации акушерских стационаров; управляемое ведение беременных с акушерскими осложнениями и экстрагенитальными заболеваниями; применение новых эффективных технологий подготовки к родам беременных с высоким риском развития осложнений; использование современных технологий профилактики и лечения беременных, рожениц и родильниц с высоким риском развития инфекционных осложнений; активное использование инновационных хирургических методов родоразрешения при угрозе развития маточных кровотечений (рисунок 33).



Рисунок 33 – Схема развития стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам

Внедрение цифровизации акушерских стационаров

Медицинские информационные системы

Как уже упоминалось в предыдущих разделах выполненного диссертационного исследования, цифровизация родовспомогательных организаций здравоохранения в Южных регионах Казахстана должна стать базовой основой развития перинатальной помощи.

При этом автоматизация рабочих мест врачей и среднего медицинского персонала, создание открытых локальных информационно-аналитических сетей и создание единого цифровизационного поля позволит:

- создать единую, постоянно обновляемую базу данных на всех женщин

фертильного возраста и сформировать их социально-медицинское досье;

- формировать группы повышенного перинатального риска из числа женщин, вступающих в брак с экстрагенитальными заболеваниями;

- проводить своевременное медико-генетическое консультирование молодых семей;

- обеспечивать раннюю явку беременных к акушеру-гинекологу и терапевту;

- осуществлять мониторинг за оздоровлением женщин фертильного возраста вне- и во время беременности;

- проводить сквозной анализ и оценку результативности и качества выполнения территориальных и республиканских программ в области охраны материнства и раннего детства.

Автоматизация системы управления для контроля расходов товарно-материальных затрат

Разработка алгоритма внедрения системы нормирования на предприятии с использованием автоматизированной системы управления предприятием в целях усиления контроля расходования ресурсов позволит провести контроль использования всех видов ресурсов. Разработанные нормы и нормативы на материальные ресурсы в автоматизированной системе управления могут быть использованы при составлении плановых нормативных калькуляций, которые в свою очередь, применяются при составлении бюджетов организации и расчета экономической эффективности использования товарно-материальных затрат.

Система электронного документооборота

Система электронного документооборота – это система (компьютерная программа, программное обеспечение и т.п.), позволяющая организовать и автоматизировать работу с электронными документами. Предназначена для работы с корпоративными документами, представленными в электронном виде на протяжении всего их жизненного цикла: создание, изменение, согласование, подписание, регистрация, хранение, поиск, классификация.

Управляемое ведение беременных с акушерскими осложнениями и экстрагенитальными заболеваниями

Объединение роддомов с многопрофильными больницами

Результаты мониторинга выявили высокую частоту экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений в Южном регионе Казахстана, что требует организации мультидисциплинарных команд. Возможное решение в этих условиях – объединение роддомов с многопрофильными больницами.

Объединение роддомов с многопрофильными больницами позволяет повысить эффективность стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам и имеет следующие преимущества:

Объединенная лаборатория позволяет расширенное инструментальное и клиническое дообследование госпитализированных беременных, постановку клинического диагноза и разработку персонифицированной программы тактики ведения беременности и предстоящих родов в зависимости от степени перинатального риска для матери и плода.

Одновременно в стационаре должны формироваться группы повышенного

риска по прогнозированию возможных осложнений: кровотечений, тромбоэмболии легочной артерии, декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности, а также почек. При этом очевидно, что такие беременные должны быть проконсультированы наиболее опытными и квалифицированными специалистами.

Особого внимания заслуживают беременные с обострившимися экстрагенитальными заболеваниями (патология, свертывающей системы крови и тяжелой патологией беременности (ПЭ и т.д.). Эти женщины должны находиться под круглосуточным наблюдением мультидисциплинарной команды (кардиологов, нефрологов, гематологов, эндокринологов и других специалистов), которая в критических ситуациях должна оказывать акушерам-гинекологам необходимую консультативную помощь для адекватного ведения беременности, родов и послеродового периода.

В отличие от амбулаторно-поликлинических в стационарных родовспомогательных организациях осуществляется круглосуточное врачебное наблюдение за состоянием госпитализированных беременных; проводится постоянный лабораторный и аппаратный мониторинг и обеспечивается полная готовность к принятию экстренных диагностических процедур, дополнительных лечебных мероприятий, вплоть до использования адекватных методов хирургического родоразрешения.

Использование программы расчета рисков акушерских осложнений в родах и послеродовом периоде

Риск развития поздних метаболических и сосудистых осложнений зависит от конституции и этнической принадлежности беременной, повышается при сопутствующих экстрагенитальных заболеваниях, отягощенном семейном анамнезе, применении индукторов овуляции, экстракорпоральном оплодотворении, курении во время беременности и других состояниях. Риск выше у рожавших женщин, которые перенесли гипертензивные состояния в предыдущую беременность. Расчет пациент-специфического риска развития гестоза проводится с помощью специальных компьютерных программ и/или бесплатных электронных калькуляторов.

Применение новых эффективных технологий подготовки к родам беременных с высоким риском развития осложнений

Внедрение новых методов подготовки к родам

Комплексный метод подготовки к родам женщин на основе новых технологий психотерапевтической и немедикаментозной коррекции включает следующие этапы: 1) определение показаний для направления беременной женщины к врачу-психотерапевту; 2) подготовка к родам беременных женщин, на основе новых технологий психотерапевтической коррекции.

Активное использование эффективных клинических протоколов подготовки к родам

Использование эффективных клинических протоколов позволяет оптимизировать подходы к подготовке шейки матки и индукции родов, и предотвращает неблагоприятные материнские и перинатальные исходы при родах через естественные родовые пути в клинических ситуациях, когда

продолжение беременности и ожидание спонтанного начала родовой деятельности представляет более высокий риск, чем процедура родовозбуждения.

Использование современных технологий профилактики и лечения беременных, рожениц и родильниц с высоким риском развития инфекционных осложнений

Локальный мониторинг спектра и лекарственной устойчивости микроорганизмов

В последнее время к традиционным микробиологическим методам лабораторной диагностики инфекционных заболеваний добавились новые, основанные на использовании молекулярно-генетических технологий. Универсальность, высокая чувствительность и относительная простота исполнения сделали их незаменимыми для решения различных задач клинической диагностики, как для прямого обнаружения и идентификации возбудителей, так и для изучения их чувствительности к антбиактериальным химиопрепаратам.

Современные перинатальные технологии

Как показывает мировой опыт, внедрение современных перинатальных технологий дает положительные результаты, при этом обеспечивается уменьшение частоты послеродовых осложнений, снижение частоты госпитальных инфекций, увеличивая количество детей с физиологическими параметрами при рождении, оптимальным вскармливанием и материнским уходом. ВОЗ и UNICEF предложили к внедрению современные перинатальные технологии, направленные на создание условий для физиологической адаптации и развития новорожденных с момента рождения. Эти эффективные перинатальные технологии активно внедряются и оказывают позитивное влияние на основные индикаторы перинатальной службы. Для дальнейшего улучшения качества оказываемой помощи материам и новорожденным необходимо продолжить реализацию новых эффективных перинатальных технологий.

Служба внутрибольничного инфекционного контроля

Проблема внутрибольничных (госпитальных, нозокомиальных) инфекций имеет исключительно большое значение для всех стран мира. Внедрение новых видов терапевтического и диагностического оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей, крайне неблагоприятная экологическая ситуация в стране, социальные проблемы, отрицательно влияющие на эмоциональную сферу и иммунитет, – эти и многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и персонала. Стратегия инфекционного контроля представлена тремя уровнями: административный, контроль за состоянием окружающей среды и защита персонала от инфицирования.

В фокусе повышенного внимания должны находиться беременные с высоким риском развития инфекционных осложнений в перинатальном и послеродовом периоде. Здесь своевременно начатая антибиотикотерапия в купе

с развитием службы инфекционного контроля, играет решающую роль в предотвращении септических осложнений в послеродовом периоде.

Активное использование инновационных хирургических методов родоразрешения при угрозе развития маточных кровотечений

Внедрение новых органосохраняющих технологий

Мониторинг индикаторов Южного региона Казахстана также выявил высокие акушерские риски кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде 1,5 на 100 беременных в диапазоне 1,0-2,1 (1,6 в РК), кесарева сечения 18,0 в диапазоне 7,6-28,9 (18,0 в РК), ампутации и экстирпации матки 0,62 в диапазоне 0,26-0,98 (0,7 в РК) с нестабильной динамикой. Это требует внедрения инновационной программы расчета рисков акушерских осложнений в родах.

На сегодняшний день известны три вида тактики при приращении плаценты: гистерэктомия – удаление матки, не отделяя плаценты; удаление плаценты с применением метропластики, применение компрессионных швов на матку и циркляжа на ранней послеродовой матке. В большинстве случаев, единственный способ, чтобы остановить кровотечение является гистерэктомия, что можно рассматривать как самостоятельное осложнение, так как приводит к потере fertильности. Современные подходы включают временную окклюзию подвздошных артерий (внутренних или общих) и применение метропластики при приращении плаценты с целью сохранения матки и снижения кровопотери. Результаты исследования исходов метропластики при приращении плаценты доказали безопасность и доступность проведения операции, позволяющей снизить объем кровопотери и сохранить матку. Наиболее эффективным способом является дистальный компрессионный гемостаз, при применение которого достигается снижение кровопотери.

Внедрение новых методов остановки кровотечений

В последние годы удалось добиться снижения смертности от массивных акушерских кровотечений за счет внедрения новых методов остановки кровотечений и возмещения кровопотери: трансфузия донорской свежезамороженной плазмы, аутоплазмодонорство, интраоперационная реинфузия отмытых аутоэрритроцитов, применение рекомбинантного активированного фактора свертывания VIIa.

Блок 3 «Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным»

Блок 3 «Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным» включает следующие составляющие: эффективные технологии реанимации и стабилизации состояния в родильном зале; новые методы диагностики и интенсивной терапии при инфекциях; развитие и внедрение неонатальной хирургии новорожденных в перинатальных центрах; новые аппаратные технологии выхаживания недоношенных и маловесных новорожденных (рисунок 34).

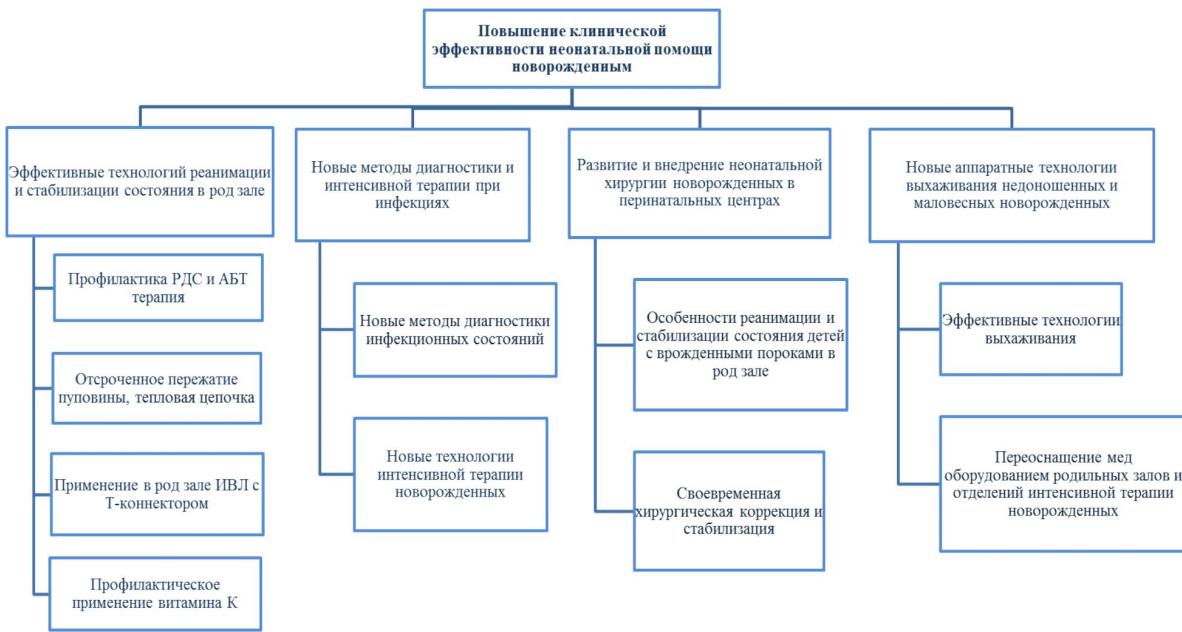


Рисунок 34 – Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным

Результаты проведенных аналитических исследований, позволили сформулировать ключевые составляющие совершенствования ранней неонатальной помощи, которые вошли в Блок 3 разработанной Модели инновационного развития перинатальной службы Южного региона Казахстана.

Эффективные технологии реанимации и стабилизации состояния в родильном зале

Готовность медицинского персонала к незамедлительному оказанию реанимационных мероприятий новорожденному ребенку и четкий алгоритм действий в родильном зале являются основными принципами оказания реанимационной помощи новорожденным. Реанимационная помощь новорожденным сразу после рождения должна оказываться во всех медицинских организациях, где потенциально могут происходить роды, а также на догоспитальном этапе (в пределах профессиональных компетенций, полученных медицинскими работниками по оказанию медицинской помощи в экстренной форме).

Профилактика респираторного дистресс-синдрома и антибактериотерапия

Ведущей причиной неонатальных потерь остаются дыхательные расстройства, в частности респираторный дистресс-синдром, который развивается у 20–40% недоношенных новорожденных, а у детей с гестационным возрастом менее 28 недель достигает до 80%. Основным методом профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденных является борьба с невынашиванием. Важным аспектом этой проблемы является профилактика хронической внутриутробной и острой интранатальной гипоксии плода при преждевременных родах. Развивающийся респираторный дистресс-синдром в

сроке гестации до 34 недель беременности, как правило, имеет двойное происхождение: он обусловлен, прежде всего, недостаточным синтезом сурфактанта, нарушением его синтеза под действием гипоксии и ацидоза, а также распадом сурфактанта в условиях гипоксии. Методика малоинвазивного введения сурфактанта позволяет эффективно и безопасно осуществить доставку сурфактанта, снизить летальность, частоту механической вентиляции и различных нежелательных исходов у глубоко недоношенных новорожденных. При помощи данной методики возможна эффективная и безопасная доставка сурфактанта со снижением частоты механической вентиляции и различных нежелательных исходов у глубоко недоношенных новорожденных.

Широкое распространение внутриутробных инфекций и их значительная роль в заболеваемости, смертности детей диктует внедрение рациональной антибиотикотерапии, основанной на определении антибиотикограммы.

Отсроченное пережатие пуповины, тепловая цепочка

Ранний зажим пуповины, как правило, осуществляется в первые 60 секунд после родов, а поздний – более чем через минуту после родов или после прекращения пульсации пуповины. Благодаря отсрочиванию зажима пуповины поток крови между плацентой и организмом новорожденного ребенка продолжается, что может улучшить статус железа у ребенка на протяжении целых шести месяцев после рождения. Это может быть особенно важно для детей, живущих в условиях ограниченных ресурсов с меньшим доступом к продуктам, богатым железом.

Тепловая защита новорожденного – это ряд процедурных мер, которые принимаются при рождении и в первые дни жизни и обеспечивают режим, при котором новорожденный не переохлаждается и не перегревается, а поддерживает нормальную температуру тела – 36,5-37,5°C. Новорожденный ребенок не может регулировать температуру тела так, как взрослый человек и нуждается в защите от переохлаждения (гипотермии).

Применение в родзала ИВЛ с Т-коннектором

Аппарат ИВЛ с Т-коннектором безопасно наполняет лёгкие ребёнка и обеспечит оптимальную оксигенацию, подавая с каждым вдохом постоянное максимальное давление вдоха. Это позволит избежать рисков, связанных с недостаточным или чрезмерным наполнением легких под неконтролируемым давлением. Аппарат ИВЛ поддерживает последовательное и точное положительное давление в конце выдоха в течение всего процесса реанимации, сохраняя функциональную остаточную ёмкость лёгких. Т-образный коннектор имеет малый вес и позволяет проводить реанимацию вдох-за-вдохом без усилий простым закрытием отверстия Т-образной апертуры пальцем. ИВЛ с Т-коннектором может принимать и подавать кислород концентрации от 21% до 100%, поступающий из расходометра или смесителя. Т-образное соединение пациента может присоединяться к неонатальной маске или эндотрахеальной трубке.

Профилактическое применение витамина К

Витамин К известен как липофильный витамин, необходимый для синтеза белков, которые обеспечивают нормальный процесс коагуляции [168-169]. Он

является значимым звеном в синтезе коагулянтов (факторы II, VII, IX и X) и антикоагулянтов (белки C и S). Нами изучена фармакологическая эффективность применения витамина K новорожденным для профилактики геморрагического синдрома с риском развития неонатальной инфекции. Витамин K1 назначался в период новорожденности (до 28 дней) в двух режимах: после рождения в первые часы жизни в дозе 0,4 мг/кг внутримышечно, повторно в той же дозе каждые 7 дней в период нахождения в отделении интенсивной терапии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (основная группа – 30 новорожденных) и в однократной дозе при рождении за аналогичный период в период нахождения в отделении интенсивной терапии Перинатального центра г. Алматы (контрольная группа – 42 новорожденных). Исследование коагулограммы проводили после каждого введения витамина K1 с целью оценки влияния витамина K1 на систему гемостаза. В результате исследования в коагулограмме у детей 1-й группы после повторного введения витамина K наблюдается статистически значимое снижение уровня активированного частичного тромбопластинового времени в динамике ($52,8 \pm 5,4$ сек против $40,0 \pm 6,5$ сек, $p < 0,05$) в контрольной группе ($48,0 \pm 7,7$ сек против $40,0 \pm 7,5$ сек, $p > 0,05$), уровень протромбинового индекса статистически значимо повышался в 1-й группе ($60,2 \pm 4,7$ % против $86,4 \pm 4,6$ %, $p < 0,05$), в то время как во 2-й группе этот показатель оставался на низком уровне ($57,2 \pm 7,7$ % против $68,1 \pm 7,1$ %, $p > 0,05$). В динамике по данным нейросонографии в основной группе у 2-х ($6,6 \pm 3,1$ %) детей отмечено внутрижелудочковое кровоизлияние второй степени, в контрольной группе – у 7 ($16,7 \pm 5,7$ %) новорожденных в виде внутрижелудочкового кровоизлияния третьей степени в позднем неонатальном периоде у 3 и в виде желудочно-кишечного и легочного кровотечений у 4 детей.

Таким образом, повторное введение витамина K по схеме у новорожденных с риском развития неонатальных инфекций способствовало статистически значимому снижению частоты геморрагических осложнений ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой, которым вводили витамин K1 лишь однократно после рождения.

Новые методы диагностики и интенсивной терапии при инфекциях

Новые методы диагностики инфекционных состояний. Диагностика инфицирования плода, во время родов и в послеродовом периоде является гарантией раннего начала антибиотикотерапии и комплексного противовоспалительного лечения. Внедрение доклинических неинвазивных (гемоглобин-гаптоглобиновый комплекс, фекальный кальпротектин) и инвазивных (прокальцитонин, пресепсин) маркеров неонатальных инфекций раннего и позднего периодов у недоношенных детей, с малым весом к сроку гестации, помогут доклинической их диагностике и назначению адекватного лечения [170].

Новые технологии интенсивной терапии новорожденных. Здесь самое важное значение имеет профессиональная готовность акушерок, врачей акушеров-гинекологов, неонатологов к оказанию реанимационной помощи новорожденному с учетом антенатальных рисков, предшествовавших рождению ребенка. Такая готовность должна обеспечиваться не только наличием знаний,

но прежде всего, практических навыков действовать в экстремальных условиях с использованием необходимых манипуляций, аппаратных и лекарственных средств.

Развитие и внедрение неонатальной хирургии новорожденных в перинатальных центрах

Особенности реанимации и стабилизации состояния детей с ВПР в родзале. Внедрение алгоритма диагностики неонатальных инфекций у недоношенных детей, маловесных к сроку гестации будет способствовать своевременной диагностике ранних и поздних неонатальных инфекций и адекватному назначению этиотропной терапии, что позволит снизить раннюю и позднюю неонатальную смертность при инфекционных заболеваниях.

Своевременная хирургическая коррекция и стабилизация. Учитывая, что ВПР являются частой причиной РНС, необходимо развивать неонатальную хирургию в региональных перинатальных центрах, где содружественная работа, оперативные решения неонатологов родовспомогательных организаций с детскими хирургами, могли бы предотвратить трагический исход в случаях, когда хирургическая коррекция пороков проводится своевременно.

Новые аппаратные технологии выхаживания недоношенных и маловесных новорожденных

Эффективные технологии выхаживания. Профилактическая акушерская работа, своевременное введение малоинвазивным методом сурфактанта снижает потребность в применении ИВЛ и обеспечивает успех работы неонатолога при ведении детей с экстремально низкой массой тела, где основным осложнением является респираторный дистресс-синдром. Кроме респираторного дистресс-синдрома, огромный риск представляет пневмония новорожденного, где очень важно определить этиологию заболевания, и современная диагностика, благодаря использованию в современных перинатальных центрах новых методов лабораторных экспресс-анализов, играет большую роль. Но самое главное в успешном выхаживании недоношенных детей – обеспечение грудного вскармливания, налаживание и поддержка лактации у матери.

Переоснащение медоборудованием родильных залов и отделений интенсивной терапии новорожденных. Как известно, в настоящее время в систему родовспоможения Казахстана для повышения клинической эффективности неонатальной помощи, привлечены современные медико-технологические ресурсы, позволяющие в большинстве случаев сохранять жизнь новорожденному. Однако по-прежнему, около трети новорожденных умирает именно в раннем неонатальном периоде. Внедрение современных методов выхаживания глубоконедоношенных детей, а именно оснащение отделений современным оборудованием для выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, а также работа компетентных врачей позволит снизить летальность среди новорожденных детей.

Блок 4 «Повышение результативности перинатальной помощи»

Блок 4 «Повышение результативности перинатальной помощи» включает следующие составляющие: разработка и внедрение новых нормативно-правовых актов; повышение экономической эффективности перинатальной помощи, в том

числе за счет пересмотра КЗГ, использования оценки технологий здравоохранения; развитие науки и образования, международное сотрудничество (рисунок 35).

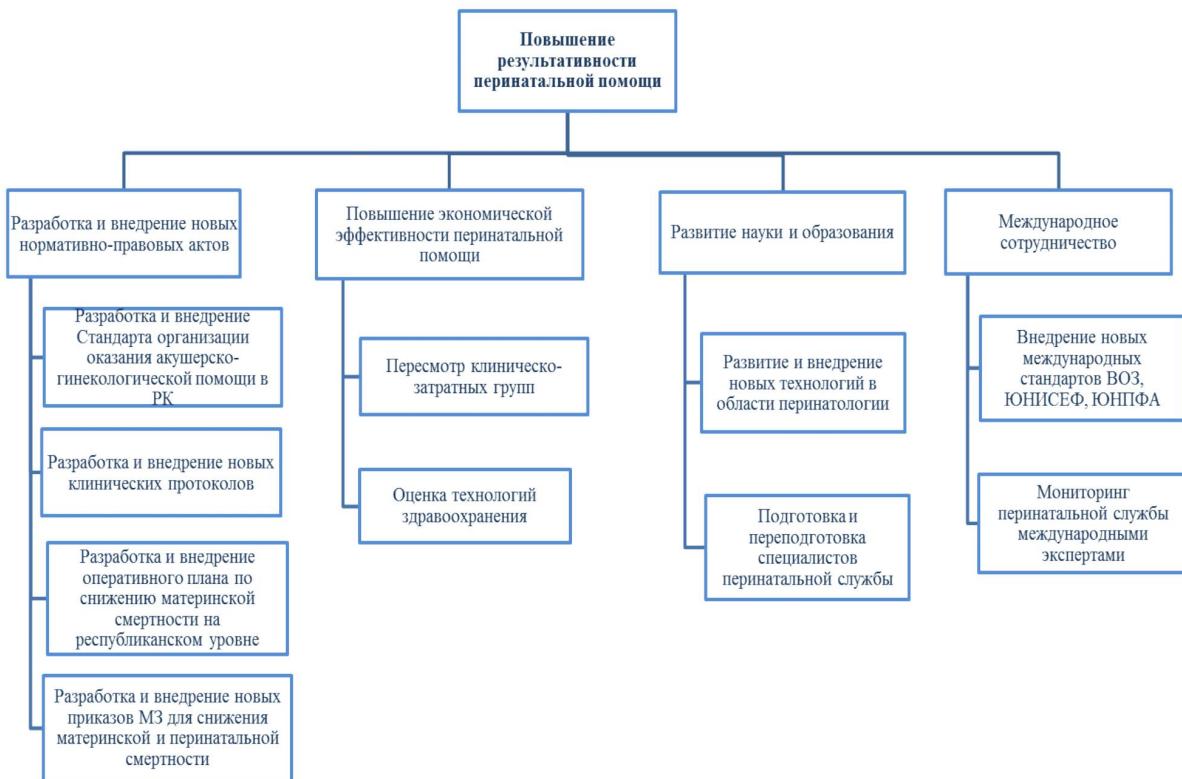


Рисунок 35 – Схема повышения результативности перинатальной помощи

Разработка и внедрение новых нормативно-правовых актов

При анализе основных индикаторов перинатальной помощи и социально-значимых факторов, оказывающих влияние на перинатальную помощь выявлена необходимость пересмотра старых и написание новых клинических протоколов, а также создание Стандарта организации акушерско-гинекологической помощи в РК, единого республиканского оперативного плана по снижению МС и ПС и нормативно-правовых документов, регламентирующих данный процесс.

Разработка и внедрение Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в РК предусматривает предоставление медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и женщинам вне беременности во всех возрастных группах в организациях системы здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Оказание акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным всех возрастов проводится в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения.

Разработка и внедрение эффективных клинических протоколов позволит приблизить медицинскую практику республики к международным стандартам оказания медицинской помощи, значительно снизит риск осложнений,

летальных исходов, уменьшит частоту применения неэффективных методик лечения, профилактики и реабилитации, малоинформационных методов диагностики, небезопасных лекарственных средств и хирургических вмешательств.

Разработка и внедрение оперативного плана по снижению МС на республиканском уровне предусматривает разработку программы мониторинга и оценки деятельности всех служб (с чек-листами, должностными инструкциями и конечными индикаторами); совершенствование и оптимизацию учета и отчетности в службе, интеграцию единых электронных баз в родовспоможении и обеспечение ее эффективной работы, что позволит провести материально-техническое переоснащение, развить кадровый потенциал, стандартизировать клинические практики, повысить информированность

Разработка и внедрение новых приказов МЗ РК для снижения материнской и перинатальной смертности должны стать основой для правой деятельности организаций родовспоможения, совершенствования и реализации нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы охраны здоровья матери и ребенка с учетом международных подходов; внедрения критериев рационального планирования и управления перинатальной службой, регионализации перинатальной помощи; совершенствования кадровой политики; улучшения материально-технической базы родовспомогательных и детских организаций; улучшения взаимодействия и преемственности служб здравоохранения для обеспечения качественной медицинской помощи женщинам и детям; усиления межсекторального и межведомственного взаимодействия по охране здоровья матери и ребенка; повышения информированности населения об эффективных подходах в области охраны здоровья матери и ребенка.

Повышение экономической эффективности перинатальной помощи

Пересмотр клинико-затратных групп

Оказание медицинской помощи при крайне тяжелых и тяжелых состояниях является убыточным, в связи с чем они стараются компенсировать свои убытки, привлекая чрезмерно большое количество физиологических родов, которые создают высокую нагрузку на коечный фонд, предназначенный для оказания помощи в тяжелых акушерских ситуациях. В этой сложившейся ситуации необходим пересмотр тарифа на оплату услуг родовспоможения и разработка новых КЗГ, более чувствительных к степени тяжести акушерских осложнений с ранжированием весового коэффициента в зависимости от осложнений, сложных операций, лекарственных препаратов и уровня регионализации [171].

Оценка технологий здравоохранения

Оценка технологий здравоохранения относится к систематической оценке свойств, эффектов технологий здравоохранения. Это междисциплинарный процесс, направленный на оценку социальных, экономических, организационных и этических вопросов применительно к мероприятиям в области здравоохранения или технологиям здравоохранения. Оценка технологий здравоохранения основана на изучении отдаленных последствий применения существующих или новых технологий оказания медицинской помощи и проводится для обоснования принимаемых решений в области здравоохранения.

Развитие науки и образования

Развитие и внедрение новых технологий в области перинатологии

Инновационная деятельность в области перинатологии должна включать следующие направления: усовершенствование лечебно-диагностического процесса, новые технологии в области маркетинга медицинских услуг и финансового менеджмента; инновации в области обеспечения лекарственными препаратами и стандартов медикаментозной терапии с внедрением современных ресурсосберегающих, экономически эффективных технологий, основанных на принципах доказательной медицины.

Подготовка и переподготовка специалистов перинатальной службы

Подготовке и переподготовке врачебного и среднего медицинского персонала в рамках республиканских и территориальных программ последипломного медицинского образования должно придаваться важное значение. При этом основным приоритетом должно быть обучение врачей и среднего медицинского персонала на рабочих местах в региональных перинатальных центрах и дистанционно, а программы освоения практических навыков должны быть настроены с учетом региональной специфики организации перинатальной помощи.

Международное сотрудничество

Внедрение новых международных стандартов ВОЗ, UNICEF, UNFPA

Международные стандарты ВОЗ, UNICEF, UNFPA разрабатываются на основе доказательной медицины и направлены на достижение здоровья населения. Внедрение данных стандартов позволяет оптимизировать и улучшить качество оказания перинатальной помощи, что в конечном итоге приводит к снижению показателей материнской и перинатальной смертности.

Мониторинг перинатальной службы международными экспертами

Для объективной оценки уровня оказания перинатальной помощи проводится мониторинг деятельности медицинских организаций родовспоможения международными экспертами. Конфиденциальный аудит материнской и перинатальной смертности позволяет объективно оценить ситуацию в стране. Итогом аудита является отчет с конкретными рекомендациями для принятия управленческих решений в области здравоохранения.

Резюмируя данную главу отмечаем, что предложенная модель инновационного развития перинатальной помощи как единая целостная система разработана на основе существующих моделей в стране и в мире, с учетом медико-демографических показателей, социологических исследований в Южном регионе страны. Отличительной особенностью новой модели является наличие традиционных компонентов в более тесной интеграции между собой, последовательного поэтапного оказания перинатальной помощи; использование цифровизации и новых технологий на каждом этапе; применение пациентоориентированного подхода, направленного на конечный результат, т.е. повышение доступности, качества и удовлетворенности пациента.

6 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МОДЕЛИ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

В данном разделе нами представлены данные о результативности внедрения модели инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана в период 2018-2019 гг. Для сравнения выбран полный период реализации Государственной программы «Саламатты Казахстан» (2011-2015 гг.).

Как видно из таблицы 18, в сравнении с периодом 2011-2015 гг. показатель ранней явки в 2018-2019 году был увеличен достоверно ($p<0.05$) и колебался в диапазоне от 82,5% до 92,1% и во всех изучаемых областях. Это свидетельствует о хорошей результативности внедрения модели.

В сравнении с предыдущим периодом частота ПЭ в Южном регионе страны регистрировалась достоверно ниже в Жамбылской области ($p<0.05$), тенденция к снижению – в Алматинской области и в КЗО, что связано с внедрением пренатального скрининга на ПЭ. Однако, в ЮКО данный показатель был достоверно повышенным в сравнении с предыдущим периодом, что требует продолжения дальнейших профилактических мероприятий, направленных на снижение ПЭ.

Таблица 18 – Динамика показателей ранней явки беременных и ПЭ, в %

Область	Ранняя явка, M±m %			Преэклампсия, M±m %		
	2011-2015	2018-2019	P	2011-2015	2018-2019	P
Алматинская область	71,5±4,7	82,5±1,8	p<0.05	4,9±1,0	3,2±0,2	p>0.05
Жамбылская область	84,3±1.8	89,3±1,3	p<0.05	7,1±1,0	4,2±0,2	p<0.05
КЗО	76,9±2.8	92,1±0,3	p<0.05	8,3±2,9	7,8±1,8	p>0.05
ЮКО	76,7±1.0	84,2±1,1	p<0.05	1,5±0,2	2,9±0,1	p<0.05
РК	76,6±1,7	86,2±1,3	p<0.05	4,7±0,7	4,1±0,1	p>0.05

Частота сердечно-сосудистых заболеваний при беременности в сравнении с предыдущим периодом имела тенденцию к снижению в Алматинской, Жамбылской областях, а в КЗО и ЮКО наблюдалась стабилизация данной патологии, что говорит об улучшении профилактической работы на амбулаторно-поликлиническом уровне, своевременной диспансеризации и оздоровления женщин с данной патологией.

Частота заболеваний органов дыхания при беременности в сравнении предыдущим периодом достоверно повысилась в целом по стране и областях Южного региона – в Алматинской области, КЗО и ЮКО (таблица 19). Этот вопрос требует пристального внимания и усиления дальнейшей работы по профилактике и своевременном лечении беременных с данной патологией.

Таблица 19 – Динамика частоты сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и органов дыхания во второй половине беременности, в %

Область	ССЗ, M±m %			Заб орг дыхания, M±m %		
	2011-2015	2018-2019	P	2011-2015	2018-2019	P
Алматинская область	1,9±0,7	1,7±0,5	p>0.05	1,3±0,3	2,1±0	p<0.05
Жамбылская область	3,4±0,3	2,0±0,7	p>0.05	4,8±0,6	5,8±0,2	p>0.05
КЗО	1,2±0,5	1,2±0,1	p>0.05	0,8±0,6	2,2±0,2	p<0.05
ЮКО	1,7±0,2	1,8±0,4	p>0.05	0,5±0,1	1,0±0,1	p<0.05
РК	2,1±0	6,2±0,9	p<0.05	1,9±0	2,4±0,1	p<0.05

Как видно из таблицы 20, в сравнении с предыдущим периодом в 2018-2019 гг. заболевания пищеварительной системы при беременности достоверно стабилизировались в ЮКО, в остальных областях – отмечалась тенденция к снижению и без изменений – в Жамбылской области.

Частота эндокринных заболеваний в 2018-2019 гг. в сравнении с предыдущим периодом имела тенденцию к повышению в Алматинской области, в КЗО, тенденцию к снижению - в ЮКО и Жамбылской области. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости усиления работы в данном направлении, так как эндокринные заболевания являются проблемой в целом в стране и в мире.

Таблица 20 – Динамика частоты заболеваний пищеварительной системы и эндокринных заболеваний во второй половине беременности, в %

Область	Заболевания пищеварительной системы, M±m %			Эндокринные заболевания, M±m %		
	2011-2015	2018-2019	P	2011-2015	2018-2019	P
Алматинская область	0,7±0,3	0,6±0,1	p>0.05	0,8±0,5	1,5±0,2	p>0.05
Жамбылская область	1,5±0	1,5±0	p>0.05	4,5±1,0	4,2±0,1	p>0.05
КЗО	1,2±1,0	1,0±0,1	p>0.05	1,5±1,1	3,6±0,4	p>0.05
ЮКО	0,4±0	0,4±0,1	p>0.05	0,5±0	0,4±0,1	p>0.05
РК	1,1±0	1,6±0,1	p<0.05	2,6±0,3	3,7±0,4	p<0.05

Как видно из таблицы 21, в сравнении с предыдущим периодом достоверное увеличение показателя частоты заболеваний почек и мочевыводящих путей, нервно-психических заболеваний ($p<0.05$) регистрировалось в ЮКО. В остальных областях Алматинской, Жамбылской, КЗО имеется тенденция к снижению как заболеваний почек, так и нервно-психических заболеваний, что говорит о положительной динамике в профилактике и своевременной диспансеризации и лечении данных заболеваний. Однако в ЮКО необходимо продолжить работу в данном направлении.

Таблица 21 – Динамика частоты заболеваний почек и мочевыводящих путей, нервно-психических заболеваний при беременности, в %

Область	Заболевания почек, M±m %			Нервно-психические заболевания, M±m %		
	2011-2015	2018-2019	P	2011-2015	2018-2019	P
Алматинская область	7,2±3,4	6,8±0,1	p>0.05	0,2±0	0,2±0	p>0.05
Жамбылская область	21,9±7,1	10,6±0,3	p>0.05	0,8±0,1	0,7±0,1	p>0.05
КЗО	9,7±3,7	8,9±0,8	p>0.05	0,8±0,2	0,5±0,1	p>0.05
ЮКО	5,6±0,8	9,7±0,9	p<0.05	0,1±0	0,4±0,1	p<0.05
РК	8,8±0,6	9,2±0,6	p>0.05	0,4±0	0,6±0,1	p<0.05

Как видно из таблицы 22, в сравнении с предыдущим периодом регистрировалось достоверное повышение показателя частоты преждевременных родов – в Жамбылской области и КЗО, достоверное снижение показателя ($p<0.05$) в Алматинской области и тенденция к снижению – ЮКО.

В сравнении с предыдущим периодом достоверное повышение показателя частота акушерских кровотечений ($p<0.05$) наблюдалось в КЗО. Акушерские кровотечения, по-прежнему, являются основной причиной материнской смертности. Причины кровотечений многогранны и поэтому требуют реализации комплексных мер в прегравидарный период и дальнейшего активного внедрения новых технологий при маточных кровотечениях.

Таблица 22 - Динамика частоты преждевременных родов и акушерских кровотечений в перинатальных центрах, в %

Область	Преждевременные роды, M±m %			Акушерские кровотечения, M±m %		
	2011-2015	2018-2019	P	2011-2015	2018-2019	P
Алматинская область	16,9±0,5	15,0±0	p<0.05	1,1±0,1	1,3±0,1	p>0.05
Жамбылская область	10,7±1,3	13,3±0,1	p<0.05	1,3±0,6	1,2±0,1	p>0.05
КЗО	4,3±0,3	7,0±0	p<0.05	1,1±0,2	1,9±0,1	p<0.05
ЮКО	7,1±0,3	6,8±0,1	p>0.05	1,6±0,1	1,4±0	p>0.05
РК	11,6±0,4	10,3±0,1	p<0.05	1,4±0,3	1,8±0,1	p>0.05

Как видно из таблицы 23, частота кесаревых сечений в 2018-2019 гг. в Южном регионе Казахстана (в Жамбылской, КЗО и ЮКО) и в РК в целом в сравнении с предыдущим периодом достоверно повысилась ($p<0.05$), а в Алматинской области – наблюдалась тенденция к повышению, что синхронизируется с мировыми показателями.

Частота органоуносящих операций в сравнении с предыдущим периодом достоверно снизилась в Алматинской области, в остальных областях –

отмечалась тенденция к снижению. Напротив в стране отмечается тенденция к повышению частоты органоуносящих операций. Проведенный анализ подтверждает результативность внедрения модели, но требует проведения дальнейшей работы.

Таблица 23 - Динамика частоты кесаревых сечений и органоуносящих операций в перинатальных центрах, в %

Область	Кесарево сечение, M±m %			Органоуносящие операции, M±m %		
	2011-2015	2018-2019	P	2011-2015	2018-2019	P
Алматинская область	38,6±0,6	39,0±0,9	p>0.05	0,5±0,1	0,2±0	p<0.05
Жамбылская область	23,0±1,0	31,4±0,1	p<0.05	0,2±0	0,2±0	p>0.05
КЗО	18,0±1,6	23,9±0,1	p<0.05	0,7±0,2	0,5±0	p>0.05
ЮКО	16,4±0,2	17,7±0	p<0.05	0,3±0,1	0,2±0	p>0.05
РК	26,0±1,0	30,5±0,5	p<0.05	0,5±0,1	0,6±0,2	p>0.05

Реализация инициатив модели инновационного развития перинатальной помощи имеет долгосрочную перспективу, в связи с чем за указанный период анализа 2018-2019 гг. результативность модели возможно оценить по основным (ключевым) индикаторам, таким как динамика материнской и перинатальной смертности.

Важным показателем качества оказания медицинской помощи является объективность данных показателя материнской смертности. Так, по данным статистической отчетности, представленным МЗ РК, показатель материнской смертности в 2014 году составил 11,7 на 100 тысяч живорожденных младенцев, по данным Агентства по статистике этот показатель составил 19,7, что свидетельствует о методологической несопоставимости, и поэтому важным является определение исходного показателя. Для объективной оценки материнской смертности ранее в большинстве развивающихся стран применялись другие методы (обследование домохозяйств, опрос респондентов, изучение смертей женщин репродуктивного возраста при помощи различных источников, в том числе на основе переписи населения и др.).

Точное определение показателя материнской смертности в Республике Казахстан стало возможным после актуализации «Регистра беременных и женщин фертильного возраста». Своевременное заполнение данных беременных женщин на уровне первичного звена позволяет проводить ежедневный мониторинг всеми уровнями медицинских организаций службы «маршрута» каждой беременной женщины в зависимости от группы риска, обеспечивает принятие оперативных мер взаимодействия медицинских организаций и сокращения возможных рисков для здоровья женщин и новорожденных, а также обеспечивает объективную статистику основных демографических показателей.

В 2018 году рабочей группой Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии проведен сравнительный анализ данных информационных

систем и данных официальной статистики по материнской смертности за период 2014-2018 гг. (рисунок 36).



Рисунок 36 – Показатели материнской смертности по данным из разных источников: данные информационных систем, результаты анализа рабочих групп, данные официальной статистики.

К сожалению, невозможно провести оценку неучтенных случаев за более ранний период, т.е. 2011-2013 гг. в связи с началом регистрации беременных в информационных системах только с 2014 года.

В информационных системах (рисунок 37 выявлено 132 случая неучтенных в статистике случаев смерти беременных и родильниц. Из них зарегистрированы 82 случаев смерти от внешних причин: убийства – 4, механическая асфиксия (повешение) – 17, дорожно-транспортные происшествия и другие внешние множественные травмы – 41, отравления – 20. 50 случаев по причинам заболеваний и осложнений беременности и родов отнесены Рабочими группами к материнской смертности. Неучтенные случаи, отнесенные Рабочими группами к материнской смертности, за период 2014-2018 гг. в разрезе Южного региона Казахстана представлены следующим образом: Алматинская область – 12, Жамбылская область – 0, КЗО – 1, ЮКО – 8. Эти данные явились основанием для пересмотра статистики материнской смертности за 2014-2017 гг. по РК материнская смертность в 2014 году составила 15,2, в 2015 – 16,5, в 2016 – 15,4, 2017 – 14,9 и в 2018 году – 14,0 (данные официальной статистики совпали с данными рабочих групп).

Количество случаев МС по официальной статистике и неучтенные случаи, отнесенные Рабочими группами к МС за 2014-2017 гг. и 2018 г.																		
Область	Материнская смертность , абс. ч.																	
	Зарегистрированные случаи по официальной статистике						Неучтенные случаи, отнесенные Рабочими группами к материнской смертности						Всего случаев материнской смертности по официальной статистике+ неучтенные					
	2014	2015	2016	2017	2018	Итого 2014-2018	2014	2015	2016	2017г	2018	Итого 2014-2018	2014	2015	2016	2017г	2018	Итого 2014-2018
Алматинская	4	4	2	7	6	23	2	3	4	3	0	12	6	7	6	10	6	35
Жамбылская	5	1	3	3	2	14	0	0	0	0	0	0	5	1	3	3	2	14
КЗО	1	9	1	0	2	13	1	0	0	0	0	1	2	9	1	0	2	14
ЮКО	13	9	14	11	10	57	1	3	1	3	0	8	14	12	15	14	10	65
РК	47	50	51	49	56	253	14	16	11	9	0	50	61	66	62	58	56	303

Показатели МС по официальной статистике и неучтенные случаи, отнесенные Рабочими группами к материнской смертности за 2014-2017 гг. 2018 г.													
Область	Показатели материнской смертности, на 100 тыс. живорожденных												
	По официальной статистике							Показатели с учетом официальной статистики+ неучтенных, отнесенных Рабочими группами к материнской смертности					
	2014	2015	2016	2017	2018 г	Средний показатель	2014	2015	2016	2017	2018	2018	Средний показатель
Алматинская	9,7	9,8	4,8	17,6	14,8	11,3	14,5	17,1	14,4	25,0	14,8	17,2	
Жамбылская	18,7	3,8	11,5	12,2	8,0	10,8	10,9	18,1	11,5	12,2	8,0	12,1	
КЗО	5,0	46,8	5,3	0	10,7	13,5	10,0	46,8	5,3	0	10,7	14,5	
ЮКО	16,4	13,1	17,7	13,1	15,0	15,1	20,1	19,6	21,4	19,7	15,0	19,6	
РК	11,7	12,8	12,7	12,5	14,0	12,7	15,2	16,5	15,4	14,9	14,0	15,2	

Рисунок 37 – Сравнительные данные по материнской смертности (абс, показатель) Южного региона и РК с учетом неучтенных случаев.

Таким образом, цифровизация статистической отчетности с актуализацией Регистра беременных и женщин фертильного возраста является важным инструментом не только автоматизации документации, но и получения объективных данных, что способствует более адекватному принятию управлеченческих решений.

В разрезе Южного региона Казахстана динамика показателя материнской и перинатальной смертности была следующая (таблица 24).

Таблица 24 - Динамика показателей материнской и перинатальной смертности (на 100 тысяч живорожденных)

Область	Материнская смертность, M±m, на 100 тысяч живорожденных			Перинатальная смертность, M±m, на 1000 родившихся		
	2011-2015	2018-2019	P	2011-2015	2018-2019	P
Алматинская область	13,7±5,8	20,1±5,3	p>0.05	12,5±0,3	9,9±0,4	p<0.05
Жамбылская область	19,7±4,3	9,9±1,9	p<0.05	13,6±1,7	7,3±1,0	p<0.05
КЗО	24,4±15,0	8,0±2,7	p>0.05	15,6±1,2	8,8±0,4	p<0.05
ЮКО	17,3±3,0	12,2±2,9	p>0.05	15,8±0,5	8,8±1,0	p<0.05
РК	15,7±1,7	13,9±0,1	p>0.05	14,2±1,3	8,2±0,1	p<0.05

В сравнении с предыдущим периодом 2011-2015 гг. наблюдалось повышение показателя материнской смертности в Алматинской области с 13,7 до 20,1. В структуре материнской смертности превалируют управляемые причины, такие как акушерские кровотечения, преэклампсия, акушерский сепсис. Однако, следует отметить достоверное снижение показателя материнской смертности в Жамбылской области – с 19,7 до 9,9 на 100 тысяч живорожденных, тенденция к снижению в КЗО – с 24,4 до 8,0, в ЮКО – 17,3 до 12,2. Это еще раз свидетельствует о хороших трендах снижения материнской смертности и повышения эффективности перинатальной помощи в результате внедрения модели.

В сравнении с предыдущим периодом 2011-2015 гг. за рассматриваемый период показатель перинатальной смертности достоверно снизился во всех областях Южного региона Казахстана и в целом по стране (с 14,2 до 8,2 на 1000 родившихся). Так, в Алматинской области – с 12,5 до 9,9, в Жамбылской области – 13,6 до 7,3, в КЗО – с 15,6 до 8,8, в ЮКО – с 15,8 до 8,8.

Динамика показателей анте-, интранатальной и ранней неонатальной смертности в Южном регионе Казахстана представлена в таблице 25.

Следует отметить, что снижение показателя перинатальной смертности произошло за счет стабильного достоверного снижения ранней неонатальной смертности во всех областях Южного региона, а также за счет тенденции к снижению интранатальной смертности в Алматинской, Жамбылской областях. Этому во многом способствовало применение высокоэффективных методов диагностики, профилактики и интенсивной терапии в перинатальном периоде. При этом показатель антенатальной смертности имел тенденцию к повышению

в Алматинской, Жамбылской областях и тенденцию к снижению – в КЗО и ЮКО и в целом по РК, что, возможно. Следует обратить внимание на антенатальный уход на первичном звене.

Таблица 25 - Динамика показателей анте-, интранатальной смертности и РНС (на 1000 родившихся)

Область	Антенатальная смертность		Интранатальная смертность		Ранняя неонатальная смертность	
	2011-2015	2018-2019	2011-2015	2018-2019	2011-2015	2018-2019
Алматинская область	6,4±0,5	8,4±0,5*	0,6±0,1	0,5±0,1	5,6±0,6	3,4±0,2*
Жамбылская область	6,6±0,6	9,1±0,3*	0,7±0,1	0,5±0,1	6,3±1,3	2,4±0,3*
КЗО	9,4±0,6	8,5±0,5	0,4±0,2	1,3±0,3*	5,9±1,6	2,5±0,2*
ЮКО	8,9±0,6	8,5±0,6	2,7±0,8	4,8±0,7*	5,3±1,3	2,7±0,1*
РК	8,0±0,2	7,9±0,0	1,2±0,1	1,5±0,1*	5,2±1,2	2,5±0,1*

* различие достоверно при $p < 0.05$

Для подтверждения результативности внедрения разработанной модели перинатальной помощи и с целью прогнозирования основных показателей, таких как материнская и перинатальная смертность, с помощью метода экстраполяции существующих трендов на основе регрессивных моделей проведено построение математической модели прогноза данных показателей на 2020-2025 годы. Адекватность построенной математической модели определялась по величине критерия Фишера, где p меньше 0,05 (p value $< 0,05$).

Согласно разработанному прогнозу на 2020-2025 гг., при сохранении сложившейся динамики, можно ожидать дальнейшее снижение показателя материнской смертности к 2025 году до уровня 13,3 на 100 тысяч живорожденных в Республике Казахстан и в Южном регионе – в Жамбылской – с 6,8 до 0,5 ($y=3181,6-1,57x$), в КЗО – с 6,5 до 0,9 ($y=2794,06-1,38x$), в ЮКО – с 12,0 до 6,6 ($y=2166,64-1,066x$), стабилизацию показателя в Алматинской области – с 14,6 до 15,1 ($y=343,24+0,18x$) (рисунок 38).

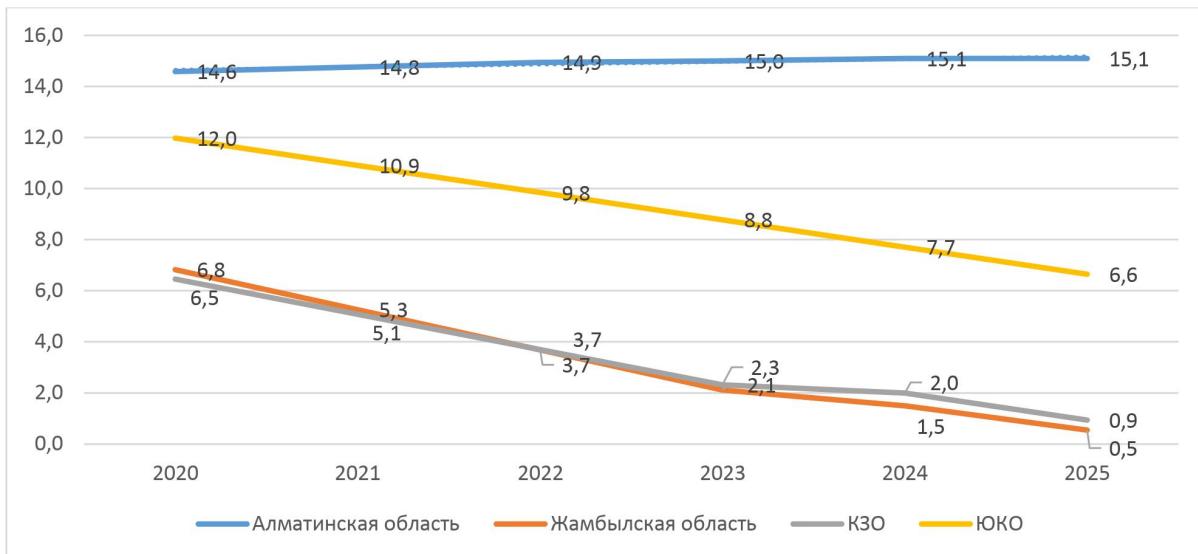


Рисунок 38 – Динамика прогнозного показателя материнской смертности в Южном регионе (на 100 тысяч живорожденных)

Тенденция стабильного снижения ожидается и с показателем перинатальной смертности (рисунок 39). К 2025 году показатель перинатальной смертности прогнозируется на уровне 7,6 в Республике Казахстан и в Южном регионе – в Алматинской области – с 9,5 до 7,2 ($y=942,06-0,46x$), в Жамбылской – с 6,1 до 1,3 ($y=1958,77-0,96x$), в Кызылординской области – с 8,1 до 2,3 ($y=2337,1-1,15x$), в Южно-Казахстанской области – с 8,1 до 2,2 ($y=2381,6-1,17x$).

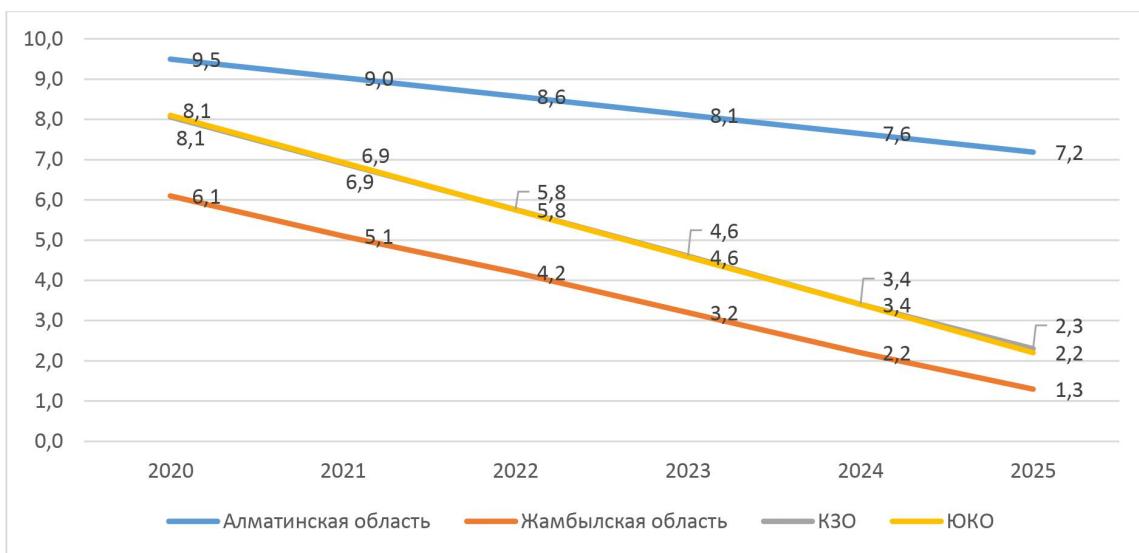


Рисунок 39 – Динамика прогнозного показателя перинатальной смертности в Южном регионе, на 1000 родившихся

Таким образом, анализируя фактические показатели в период внедрения модели 2018-2019 гг. и рассчитанный прогноз динамики показателей

перинатальной помощи на 2020-2025 гг. в Южном регионе Казахстана выявлены положительные тренды снижения материнской и перинатальной смертности, что демонстрирует результативность разработанной модели инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана.

Основные результаты данной главы опубликованы в книге «Анализ материнской смертности беременных, рожениц и родильниц» [172].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ научной литературы выявил следующие тенденции в развитии перинатальной помощи:

- постепенное снижение уровня материнской, младенческой и перинатальной смертности, но в постсоветских странах он выше, чем в странах ОЭСР;
- продолжается поиск оптимальной организационно-функциональной модели перинатальной помощи, основанной на доказательной медицине и учитывающая потребности пациентов;
- в развитии перинатальной помощи особое значение придается многоуровневой интеграции, подготовке квалифицированных кадров и повышению доступности служб, особенно на уровне ПМСП, а также медицинской грамотности женщин репродуктивного возраста.
- в Казахстане получены первые результаты внедрения регионализации перинатальной помощи, свидетельствующие о ее клинической и экономической эффективности, однако остается актуальной проблема высокого уровня материнской и младенческой смертности, особенно в регионах с высоким уровнем рождаемости.

Анализ основных индикаторов перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана позволил выявить следующие тенденции:

1. *Высокий репродуктивный потенциал женщин*: на фоне повышения доли женщин репродуктивного возраста в Южном регионе Казахстана уровень рождаемости остается более высоким по сравнению с другими регионами страны.

2. *Высокий уровень перинатальных рисков во время беременности*:

1) ранний учет беременности в женской консультации составил 79,6-88,5%, который в динамике медленно растет.

2) преэклампсии – 6,1 (4,5 в РК) в диапазоне 2,7 до 13,3. Это требует разработки и внедрения новых технологий досимптомной диагностики ПЭ, а также оптимизации подходов раннего выявления и активного ведения беременных группы риска развития ПЭ.

3) удельный вес экстрагенитальных заболеваний во время беременности составили в среднем:

- сердечно-сосудистые заболевания: 3,33 на 100 беременных (3,36 в РК) с размахом от 1,92 до 4,26.

- системные заболевания сердца, сосудов и суставов: 0,03 на 100 беременных (0,04 в РК) и в динамике почти не менялся, кроме прироста в Алматинской области;

- болезни органов дыхания: 2,33 на 100 беременных (2,1 в РК), с повышением уровня во всех областях Южного региона и в стране в целом;

- болезни почек и мочевыводящих путей: 9,4 на 100 беременных (7,4 в РК), с размахом от 7,0 до 12,42 и тенденцией к повышению во всех областях.

- болезни органов пищеварения: 0,75 на 100 беременных (1,14 в РК), с размахом от 0,42 до 1,32 и тенденцией к снижению в КЗО и Жамбылской области.

- эндокринные заболевания: 2,3 на 100 беременных (2,52 в РК), с тенденцией к росту, особенно в Алматинской области и ЮКО.

- нервно-психические расстройства и болезни: 0,42 на 100 беременных (0,42 в РК), с размахом от 0,12 до 1,02 и тенденцией к повышению в Жамбылской области.

- заблаговременная госпитализация беременных с высоким риском развития перинатальных осложнений составила 83 на 100 беременных и соответствует среднереспубликанскому значению.

3. Высокий уровень акушерских рисков:

- *невынашивание беременности*: 16,4 на 100 беременных (18,8 в РК), с размахом от 13,3 до 20,3 и тенденцией к росту, особенно в КЗО и Алматинской области.

- преждевременные роды:

а) в сельских роддомах: 7,0 на 100 беременных (7,1 в РК), с общей тенденцией к росту, особенно в Алматинской области;

б) в городских роддомах: 4,9 на 100 беременных (5,1 в РК), с общей тенденцией к росту;

в) в ОПЦ: 10,35 на 100 беременных (10,4 в РК), с общей тенденцией к незначительному снижению, кроме Жамбылской области.

- акушерские кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде:

а) в сельских роддомах: 0,85 на 100 беременных (1,3 в РК), с тенденцией к росту в Алматинской области и незначительным снижением в Кызылординской, Южно-Казахстанской и в Жамбылской областях;

б) в городских роддомах: 0,9 на 100 беременных (0,9 в РК), с общей тенденцией к повышению, кроме ЮКО;

в) в ОПЦ: 1,5 на 100 беременных (1,6 в РК), с общей тенденцией к повышению;

- кесарево сечение:

а) в сельских роддомах: 7,6 на 100 беременных (7,6 в РК), с общей тенденцией к незначительному приросту, кроме Кызылординской и Жамбылской области;

б) в городских роддомах: 17,5 на 100 беременных (17,3 в РК), с общей тенденцией к незначительному приросту, кроме ЮКО;

в) в ОПЦ: 28,9 на 100 беременных (29,0 в РК), с общей тенденцией к незначительному росту и значительному в Жамбылской области;

- ампутации и экстирпации матки:

а) в городских роддомах: 0,26 на 100 беременных (0,3 в РК), со стабильным общим уровнем, кроме значительного прироста в Алматинской (200%) и снижением в Жамбылской (-50%) областях;

б) в ОПЦ: 0,98 на 100 беременных (1,1 в РК), с общей тенденцией к росту в Жамбылской области и убыли в Алматинской (-66,7%) области, в Кызылординской области (-25,0%);

4. Высокий уровень материнской смертности

- уровень: 12,2-17,6 на 100 тысяч беременных (12,5 в РК), с тенденцией к снижению;

Материнская смертность от экстрагенитальной патологии:

- 33,3% от общего числа материнской смертности по этой причине по стране (8 случаев из 24) с нестабильной динамикой;

Таким образом, можно полагать, что несмотря на энергичные меры, предпринимаемые государством в развитии инфраструктуры акушерской помощи, внедрение современных организационных и клинических технологий, решение кадровых проблем, темпы снижения уровня материнской смертности в стране остаются низкими. К сожалению, темпы развития акушерской помощи городскому населению, опережают ее инфраструктурное и медико-технологичное развитие на селе. По-прежнему, на селе остро стоит проблема обеспеченности родовспомогательных организаций квалифицированными акушерами-гинекологами; не получает своего должного развития управление процессами взаимодействия обратной связи сельских и городских родовспомогательных организаций, медленно используется инновационный потенциал вновь созданных региональных перинатальных центров.

В результате в сельских и городских родовспомогательных организациях не в полном объеме соблюдаются действующие стандарты квалифицированной медицинской помощи во второй половине беременности, в родах и послеродовом периоде. Не на должном уровне проводится работа по заблаговременной госпитализации беременных с высоким риском развития акушерских осложнений; недостаточно используются активные хирургические и современные клинические технологии родоразрешения, анестезиологических пособий, слежения за функционированием важнейших физиологических функций и развитием патологических процессов; проведения интенсивной терапии во второй половине беременности, родов и в послеродовом периоде. Региональные перинатальные центры в недостаточной степени справляются с ролью организационного-методического и клинического центра по управлению всей акушерско-гинекологической службой в регионе.

5. Высокий уровень перинатальной смертности

- уровень: 10,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (9,3 в РК), с тенденцией к уменьшению. В исследуемые годы, уровень перинатальной смертности имел волнообразный характер в Южном регионе Казахстана, его значения сменялись часто парадоксальным повышением уровня изучаемого показателя.

В структуре перинатальной смертности во всех южных областях Казахстана от 39,0 до 51,0% составляет антенатальная смертность; 9-11,0% приходится на интранатальную смертность, 29,0%-31,0% – на раннюю неонатальную смертность.

Проведенные сравнительные структурные и динамические исследования, дают основания полагать, что главным резервом в снижении уровня перинатальной смертности в Южном регионе Казахстана является более

эффективная антенатальная охрана здоровья плода и совершенствование неонатальной помощи новорожденным.

Уровень анте- и интранатальной смертности в Южном регионе Казахстана был выше, чем в целом по стране. Однако такой тренд имел волнообразный, неустойчивый характер и предопределялся уровнем рождаемости, доступностью беременной к ранней диагностике патологии беременности, наличие экстрагенитальных заболеваний и других антенатальных рисков. Эти же причины в сочетании с объективными и субъективными трудностями при ведении беременности и родов, использовании искусственного прерывания беременности, а также преодолении ментальных препятствий, связывались в сложные причинно-следственные механизмы, приводящие к антенатальной и интранатальной гибели плода.

Уровень ранней неонатальной смертности в стране в исследуемые годы неуклонно снижался. Однако, в Южном регионе Казахстана этот тренд имел неустойчивый характер. При этом очевидно, что на уровень ранней неонатальной смертности в большей степени, чем на других областях, влияли известные неонатальные риски, связанные с рождением маловесных детей, пороками их внутреннего развития и инфицирования. Не менее важное значение имели объем и качество реанимационных мероприятий, интенсивный терапии, а также эффективность использования современных медицинских технологий выхаживания новорожденных в раннем периоде, их адаптации к условиям новой среды.

Анализ отдельных факторов, влияющих на качество перинатальной помощи

1. Кадровая и инфраструктурная обеспеченность перинатальной службы

В нашем исследовании установлено, что в 2011-2017 гг. обеспеченность населения Южного региона Казахстан врачами акушерами-гинекологами и неонатологами продолжила оставаться неудовлетворительной и не обеспечивала в должной мере развитие инфраструктуры перинатальной помощи населению. При этом самый низкий уровень изучаемого показателя во все исследуемые периоды, наблюдался в Алматинской области.

Такая кадровая ситуация сложилась в перинатальных центрах Южного региона Казахстана, обеспеченность врачами акушерами-гинекологами была неполной – 2,0 на 10 тысяч населения (в РК – 2,8), особенно в Алматинской области – 1,5 на 10 тысяч населения; врачами-неонатологами 2,8 (в РК – 3,0)

Ситуационный анализ кадрового обеспечения перинатальной помощи населению Южного региона Казахстана дает основание полагать, что причинами сложившейся кадровой ситуации могли быть:

1) непоследовательные реформы в высшем медицинском образовании, приведшие к сложностям при подготовке врачей акушеров-гинекологов и неонатологов;

2) сокращение инфраструктуры акушерско-гинекологической помощи сельского населения (ликвидация ФАП/СВА, оптимизация конечного фонда в больничных организациях);

3) отсутствие системы заблаговременной подготовки высокотехнологичных акушеров-гинекологов и анестезиологов, владеющих современными технологиями инструментальной диагностики патологии матери, плода и новорожденного эффективных оперативных вмешательств, консервативной терапии, а также интенсивной терапии и выхаживания новорожденных, предусмотренными международными стандартами качества и безопасности перинатальной помощи населению.

За 2011-2017 годы уровень обеспеченности акушерскими койками прогрессивно уменьшился в стране и в Южном регионе Казахстана.

Такой устойчивый тренд обусловился оптимизацией и реструктуризацией соответствующего коечного фонда, функционирование которого было мало оправдано с медико-технологической и экономической точки зрения. При этом ликвидация акушерских коек в ФАПах, сельских участковых больницах, оптимизация их числа и структуры в центральных районных больницах в соответствии с реальными потребностями позволила провести реструктуризацию акушерских коек в центральных районных больницах, сконцентрировать в них диагностические и лечебные ресурсы. Одновременно в областных центрах и крупных городах страны, параллельно с процессом интеграции акушерско-гинекологической службы с содружественными медицинскими органами происходила замена устаревших и физически изношенных роддомов на перинатальные центры. Позитивную роль сыграло оснащение акушерско-гинекологических организаций компьютерной техникой, использование новых средств коммуникаций и связи. Немаловажное значение в повышении эффективности перинатальной помощи населению Южного региона страны принадлежит также переоснащению отделений и станций скорой и неотложной медицинской помощи современным автотранспортом, оснащенным современным реанимационным оборудованием, а также возрождение санитарной авиации в стране.

2. Репродуктивное поведение женщин в современных условиях

В послеродовом периоде (до 2 месяцев) были выделены 2 группы результатов: поведенческие особенности здоровья во время беременности и отношение к качеству акушерской помощи.

Установлены следующие негативные **поведенческие факторы риска** беременности женщины:

- 20,5% с опозданием (в срок более 12 недель беременности), а 0,7% (14 респонденток) – вообще не состояли на учете по беременности, что свидетельствует о крайне низкой работе участковой службы, как центра ПМСП/ врачебной амбулатории, так и женской консультации.

- 34,4% опрошенных женщин имели преэклампсию, что превышает средние значения распространенности во многих странах (11-20%) и данный факт требует уточнения в последующих научных исследованиях (при этом распространенность раннего токсикоза составила 65,6% и соответствует данным эпидемиологической распространенности);

1) все 100% опрошенных женщин имели экстрагенитальные заболевания (в т.ч. 19,8% сердечно-сосудистые заболевания, 18% эндокринные, 1% патологию

желудочно-кишечного стракта, 1,8% заболевания мочеполовой системы), в то время как, по данным литературы, частота составила 40-60%;

2) одна пятая часть опрошенных женщин (18,3%) при поступлении в роддом имели патологию беременности, в т.ч. 13,4% – ПЭ и 4,9% – обострение экстрагенитального заболевания, а большинство женщин (81,7%) не имели патологию беременности.

- показатель частоты преждевременных родов (24,3%) превышает среднемировой показатель (5-18% от числа рожденных детей), однако в виду особенностей выборки настоящего исследования, данный факт также требует проведения углубленного исследования;

- очень высокий показатель частоты позднего (послеродового) поступления в роддом – 15,2%, т.е. 317 женщин родили ребенка дома и потом поступили в роддом;

- частота оперативного родоразрешения (cesareo сечение) составила в исследовании 27,3% (26,3% плановое и 1% экстренное), что почти в 2 раза превышает рекомендуемый ВОЗ показатель (10-15%);

- высокая частота осложнений в родах (46,3%).

К положительным характеристикам можно отнести:

- показатели уровня живорожденности и веса тела ребенка при рождении достаточно хорошие: по шкале Апгар (в порядке убывания балльной оценки): 73,7%, 23,3%, 1,7% и 1,3%, по массе тела (в порядке убывания массы тела): 87,8%, 7,5%, 2,5% и 2,2%;

- высокая частота выписки из роддома родильниц в удовлетворительном состоянии (96,4%) и новорожденных в хорошем состоянии (81,7%).

Отношение женщин к качеству акушерской помощи, в целом, можно считать удовлетворительным, т.к. большинство респондентов (84,6% и 85,6%) довольны качеством работы женских консультаций и роддомов/ перинатальных центров, при этом выделены негативные организационные факторы:

- много временной волокиты, во-многом из-за слабой интеграции или отсутствия связи с другими медицинскими организациями

- недостаточное внимание к пациенткам со стороны медицинского персонала при поступлении, в предродовом, во время родов и послеродовом периодах.

Все 100% респондентов понимают, что необходимо более внимательно относиться к своему здоровью во время беременности, т.к. это может повлиять на исход родов и состояние здоровья новорожденного. При этом 39,4% считают, что надо лучше планировать желаемую беременность, 24,3% – надо лечить до беременности имеющиеся экстрагенитальные заболевания, 17,8% – своевременно встать на учет по беременности в женскую консультацию и 18,5% – строго соблюдать рекомендации врачей.

Все 100% респонденток дали рекомендации по улучшению деятельности женских консультаций и роддомов/ перинатального центра, в т.ч. улучшить оснащение родзалов и отделений для новорожденных медицинской техникой (35,1%), улучшить этику поведения и квалификацию медперсонала (24,5%), повысить уровень преемственности и обратной связи женских консультаций и

роддомов/перинатальных центров (20,7%) и шире использовать управляемые методы ведения дородового, родового и послеродового периодов (19,7%).

3. Оценка медицинскими специалистами и организаторами здравоохранения состояние перинатальной помощи

Таким образом, в ходе опроса медицинских специалистов Южного региона Казахстана о качестве перинатальной помощи установлено:

- для улучшения планирования беременности приоритетной мерой является профилактика, а именно необходимость повышения медицинской грамотности женщин репродуктивного возраста, предупреждение абортов и контрацепция, а также повышение качества просветительной работы в школах и учебных заведениях;

- причинами неудовлетворительного взаимодействия женских консультаций и роддомов является низкое качество работы первичного звена, о чем свидетельствует низкий уровень здоровья беременных женщин, низкий уровень психо-физической подготовки беременных и низкое качество антенатальной диагностики;

- рекомендации по улучшению деятельности женских консультаций включают, в первую очередь, мотивационную составляющую, затем – технологическую (методы диагностики), организационную (госпитализация) и техническую (оборудование).

- рекомендации по улучшению деятельности роддомов (перинатального центра) включают решение проблемы ресурсной обеспеченности (кадрового, технического) и уровня профессионализма медицинского персонала, особенно по такому направлению, как реанимация и интенсивная терапия.

Таким образом, в результате анализа основных индикаторов перинатальной помощи по уровням регионализации, инфраструктурной обеспеченности Южного региона Казахстана, оценки репродуктивного поведения женщин, социально-значимых факторов, оказывающих влияние на интеграцию перинатальной помощи и репродуктивного поведения женщин была разработана и внедрена инновационная модель развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана.

Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана, состоящая из 4 функциональных блоков:

Блок 1 «Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи беременным».

Блок 2 «Развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам»

Блок 3 «Повышение эффективности неонатальной помощи»

Блок 4 «Повышение результативности перинатальной помощи»

Результаты внедрения Модели в период 2018-2019 гг показали, что:

- показатель ранней явки беременных в женскую консультацию по сравнению с предыдущим периодом был увеличен достоверно ($p<0.05$) во всех изучаемых областях в диапазоне от 82,5% до 92,1%

- частота ПЭ в Южном регионе страны регистрировалась достоверно ниже в Жамбылской области, тенденция к снижению – в Алматинской области и в КЗО.

- частота обострений сердечно-сосудистых заболеваний имела тенденцию к снижению в Алматинской, Жамбылской областях, а в КЗО и ЮКО наблюдалась стабилизация.

- частота заболеваний дыхания достоверно повысилась в целом по стране и областях Южного региона – в Алматинской области, КЗО и ЮКО;

- частота заболеваний пищеварительной системы достоверно стабилизировалась в ЮКО, в остальных областях – отмечалась тенденция к снижению и без изменений – в Жамбылской области.

- частота эндокринных заболеваний имела тенденцию к повышению в Алматинской области, в КЗО, тенденцию к снижению - в ЮКО и Жамбылской области.

- частота заболеваний почек и мочевыводящих путей и частота нервно-психических заболеваний достоверно увеличилась в ЮКО, в остальных областях - Алматинской, Жамбылской, КЗО имелась тенденция к снижению

- частота преждевременных родов достоверно снизилась в Алматинской ($p<0.05$), достоверно повысилась – в Жамбылской области, КЗО и тенденция к снижению – в ЮКО.

- частота акушерских кровотечений имела тенденцию к снижению в Жамбылской области и ЮКО, достоверное повышение показателя ($p<0.05$) наблюдалось в КЗО.

- частота кесарева сечения регистрировалась достоверно чаще ($p<0.05$) во всех областях, а в Алматинской области – тенденция к повышению.

- частота органоуносящих операций достоверно снизилась в Алматинской области, в остальных областях – тенденция к снижению.

На данном этапе можно оценить результативность внедрения новой модели перинатальной помощи по положительной динамике материнской и перинатальной смертности.

В сравнении с предыдущим периодом 2011-2015 гг. наблюдалось повышение показателя материнской смертности в Алматинской области с 13,7 до 20,1. В структуре материнской смертности превалируют управляемые причины, такие как акушерские кровотечения, преэклампсия, акушерский сепсис. Однако, следует отметить достоверное снижение показателя МС в Жамбылской области – с 19,7 до 9,9 на 100 тысяч живорожденных, тенденция к снижению в КЗО – с 24,4 до 8,0, в ЮКО – 17,3 до 12,2. Это еще раз свидетельствует о хороших трендах снижения основного показателя перинатальной помощи в результате внедрения модели.

В сравнении с предыдущим периодом 2011-2015 гг. за рассматриваемый период показатель перинатальной смертности достоверно снизился во всех областях Южного региона Казахстана и в целом по стране (с 14,2 до 8,2 на 1000 родившихся). Так, в Алматинской области – с 12,5 до 9,9, в Жамбылской области – 13,6 до 7,3, в КЗО – с 15,6 до 8,8, в ЮКО – с 15,8 до 8,8.

Следует отметить, что снижение показателя перинатальной смертности произошло за счет стабильного достоверного снижения ранней неонатальной смертности во всех областях Южного региона, а также за счет тенденции к снижению интранатальной смертности в Алматинской, Жамбылской областях. Этому во многом способствовало применение высокоэффективных методов диагностики, профилактики и интенсивной терапии в перинатальном периоде.

Согласно разработанному прогнозу на 2020-2025 гг., при сохранении сложившейся динамики, можно ожидать дальнейшее снижение показателя материнской смертности к 2025 году до уровня 14,1 на 100 тысяч живорожденных в РК и в Южном регионе – в Жамбылской – с 6,8 до 0,5, в КЗО – с 6,5 до 0,9, в ЮКО – с 12,0 до 6,6, стабилизацию показателя в Алматинской области – с 14,6 до 15,1; а также снижение показателя перинатальной смертности до уровня 8,3 в РК и в Южном регионе – в Алматинской области – с 9,5 до 7,2, в Жамбылской – с 6,1 до 1,3, в КЗО – с 8,1 до 2,3, в ЮКО – с 8,1 до 2,2.

Таким образом, улучшение основных индикаторов перинатальной помощи свидетельствуют о результивности внедрения модели в регионе с высокой рождаемостью. Однозначно, что за указанный период анализа 2018-2019 гг. невозможно внедрить весь комплекс модели, поскольку реализация инициатив имеют долгосрочную перспективу.

ВЫВОДЫ

1. Основными тенденциями и направлениями совершенствования систем охраны репродуктивного здоровья и перинатальной помощи в мире являются поиск оптимальной организационно-функциональной модели перинатальной помощи, основанной на многоуровневой интеграции и учитывающей потребности пациентов. Остается актуальной проблема высокого уровня материнской и перинатальной смертности в мире, в постсоветских странах, в Республике Казахстан, особенно в регионе с высокой рождаемостью.

2. В Южном регионе Казахстана в 2011-2017 годах на фоне повышения доли женщин репродуктивного возраста в структуре населения среднегодовые показатели рождаемости оставались самыми высокими по стране – 24,2 (23,0 в РК). Высокий уровень перинатальных и акушерских рисков в Южном регионе Казахстана и в РК в наибольшей степени определяют такие индикаторы, как низкая ранняя явка от 79,6% до 88,5% (в РК – 82,4%), высокая частота преэклампсии от 2,7% до 13,3% (в РК – 4,5%), экстрагенитальной патологии, среди них сердечно-сосудистые заболевания от 1,92% до 4,26% (в РК – 3,36%), болезни органов дыхания от 0,6% до 5,3% (в РК – 2,1%), заболевания почек и мочевыводящих путей от 7,0% до 12,4% (в РК – 7,4%), болезни органов пищеварения от 0,4% до 2,3% (в РК – 1,14%), болезни эндокринной системы от 0,72% до 4,38% (в РК – 2,52%), невынашивание беременности от 13,3% до 20,3% (в РК – 18,8%) , преждевременные роды от 6,4% до 15,1% (в РК – 10,4%), акушерские кровотечения от 1,0% до 2,1% (в РК – 1,6%).

3. За изучаемый период (2011-2017 гг.) Южный регион Казахстана характеризуется недостаточной кадровой и инфраструктурной обеспеченностью: обеспеченность населения врачами акушерами-гинекологами (2,0 на 10 тысяч населения, в РК – 2,8) и неонатологами (2,8 на 10 тысяч населения, в РК – 3,0); уровень обеспеченности акушерскими койками уменьшился в Южном регионе Казахстана с 24,1 до 20,7 на 10 тысяч населения по сравнению со среднестрановой динамикой (с 25,0 до 24,2 на 10 тысяч населения).

4. Проведенные социологические исследования среди родильниц и медицинских работников выявили негативные факторы: индивидуальные факторы риска (поздняя/или отсутствие постановки на учет, поздняя послеродовая госпитализация в роддом, низкий уровень здоровья беременных женщин – высокая частота поздних токсикозов и экстрагенитальных заболеваний); организационные факторы риска (низкий уровень психофизической подготовки беременных, низкое качество антенатальной диагностики патологии плода в женских консультациях, слабая интеграция женских консультаций с роддомами и/или отсутствие связи с другими медицинскими организациями, недостаточное внимание к пациенткам со стороны медицинского персонала).

5. На основании научно-организационных подходов разработана современная модель инновационного развития перинатальной помощи, включающая четыре блока: совершенствование амбулаторно-поликлинической

помощи беременным; развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам; повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным; повышение результативности перинатальной помощи, в основе которой лежит развитие цифровизации, внедрение новых технологий диагностики, лечения и профилактики, внедрение новых технологий управления перинатальной помощью через разработку и внедрение стандартов лечения, развитие науки и совершенствование образовательных программ.

6. Внедрение модели инновационного развития перинатальной помощи позволило снизить перинатальные и акушерские риски за счет повышения показателя ранней явки беременных в женскую консультацию с 71,5% до 92,1%, снижения частоты преэклампсий с 8,3% до 2,9% в результате внедрения пренатального скрининга на преэклампсию, снижения частоты органоуносящих операций с 0,7% до 0,2%, что отразилось на снижении показателей материнской смертности – в Жамбылской области с 19,7 до 9,9 на 100 тысяч живорожденных, тенденция к снижению в КЗО – с 24,4 до 8,0, в ЮКО – 17,3 до 12,2, а также на снижении показателя перинатальной смертности в целом по стране с 14,2 до 8,2 на 1000 родившихся и во всех областях Южного региона Казахстана: в Алматинской области – с 12,5 до 9,9, в Жамбылской области – 13,6 до 7,3, в КЗО – с 15,6 до 8,8, в ЮКО – с 15,8 до 8,8.

7. Проведенное комплексное исследование с использованием метода экстраполяции существующих трендов на основе регрессивных моделей позволило научно обосновать прогноз основных качественных показателей перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана на 2020-2025 гг.: показатель материнской смертности будет снижаться к 2025 году до уровня 13,3 на 100 тысяч живорожденных в РК и в Южном регионе – в Жамбылской – с 6,8 до 0,5, в КЗО – с 6,5 до 0,9, в ЮКО – с 12,0 до 6,6; стабилизацию показателя в Алматинской области – с 14,6 до 15,1; показатель перинатальной смертности будет уменьшаться до уровня 7,6 на 1000 родившихся в РК и в Южном регионе – в Алматинской области – с 9,5 до 7,2, в Жамбылской – с 6,1 до 1,3, в КЗО – с 8,1 до 2,3, в ЮКО – с 8,1 до 2,2.

Практические рекомендации

На уровне системы здравоохранения:

1. Разработанная модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе Казахстана позволяет решить приоритетные проблемы снижения материнских и перинатальных потерь на региональном и республиканском уровнях.
2. Ситуационный анализ частоты, структуры и динамики основных индикаторов амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным по уровням регионализации может быть использован при постоянном мониторинге, прогнозировании, планировании и реализации лечебно-профилактических и организационных мероприятий в Южном регионе Казахстана.

На уровне медицинской организации:

3. Социологические исследования позволили установить, что для повышения качества перинатальной помощи единственной мерой остаются профилактика и повышение медицинской грамотности женщин репродуктивного возраста.
4. Пренатальный скрининг на преэкламсию, включающий допплерометрию маточных артерий (uAD), определение среднего артериального давления (МАР) и уровня плацентарного фактора роста (PIGF) в материнской сыворотке позволяет выявить до 6,6% беременных группы высокого риска по развитию преэклампсии и своевременно провести комплекс профилактических мероприятий.
5. Назначение фолатов беременным, профилактическое применение витамина К в комплексе с эффективными перинатальными технологиями у новорожденных способствуют значимому снижению осложнений во время родов и послеродовом периоде.

На уровне медицинских организаций образования:

6. Материалы данного исследования являются основой для разработки новых стандартов оказания акушерско-гинекологической помощи, клинических протоколов, учебных материалов при подготовке медицинских специалистов, организаторов здравоохранения, обучающихся медицинских вузов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАНЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Стратегия развития Республики Казахстан «Казахстан – 2050»
http://www.akorda.kz/ru/official_15.10.2018.
- 2 Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год. ООН, Нью-Йорк.
<http://www.un.org> 02.04.2018.
- 3 Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии. // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2007. - №1. - С. 5-10.
- 4 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году. Статистический сборник. - Астана, 2018. - 354 с.
<http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2> 15.10.2018
- 5 Loggins S., Drumond-Andrade F.C. Despite an overall decline in U.S. infant mortality rates, the Black/White disparity persists: Recent trends and future projections // Journal of Community Health. - 2014.- №39. - P.118-123.
- 6 Akers L.H., Thompson J.M., Sloan M., Karen F. Organizational Factors Associated With Quality Perinatal Care // Health Care Manag (Frederick). - 2019. - №38(1). - P.61-70. doi: 10.1097/HCM.000000000000241.
- 7 Аманжолова З.Д. Медико-организационные технологии снижения репродуктивных потерь: дис... док.мед.наук: 14.00.33. 14.00.01 – Алматы: ВШОЗ. - 2010. -273 с.
- 8 Муканова Ш. Н., Уаисова А. У. Сеть медицинских организаций Республики Казахстан, оказывающих перинатальную помощь, в соответствии с уровнями регионализации перинатальной службы // Денсаулық сактауды дамыту журналы. - 2013. - № 1-2 (66-67). - С.35-42.
- 9 Мустафина М.Д. Обзор по развитию регионализации перинатальной помощи на примере Казахстана // Молодой ученый. - 2017. - №42. - С. 60-63.
<https://moluch.ru/archive> 18.04.2018.
- 10 Омарбеков Е.С. Опыт внедрения инновационных технологий на примере центра матери и ребенка // Акушерство, гинекология и перинатология, 2018. - №1-2. - С.61-63.
- 11 Van den Heuvel JF et al. eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature // J Med Internet Res.-2018 Jun.- № 5.-P.20(6):e202. doi: 10.2196/jmir.9262.
- 12 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.
<http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>. 10.06.2018.
- 13 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 гг.
<http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000634>. 10.06.2018.
- 14 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982> 10.02.2020.
- 15 Отчет о реализации стратегического плана Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, утвержденного приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики

Казахстан от 05.12.2014_года №299.
https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31674199#pos=0;0 15.01.2019.

16 Аналитический материал расширенной коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан г. Астана, 3 марта 2017 года. <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf> 12.02.2018.

17 Women human rights defenders. Information series on sexual and reproductive health and rights. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/05.12.2019>.

18 Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов: улучшение здоровья и благополучия матери и новорожденных <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272449/WHO-RHR-18.12-rus.pdf?ua=1> 17.04.2019

19 Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, et al The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review // Public Health.- 2014.- Vol.128(10).- P.872–885.

20 Grytten J, Monkerud L, Skau I, Sørensen R. Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care - the effect on neonatal and infant mortality // Health Serv Res.-2014.- Vol.49(4).-P-1184–1204.

21 Стратегический план Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2017-2021 годы. https://wwwamu.kz/MZ_RK/A-2017-2021.pdf. 17.10.2018.

22 Staebler S. Regionalized systems of perinatal care: health policy considerations // Adv Neonatal Care.- 2011.- Vol.11(1).-P.37-42.

23 Levels of neonatal care. Policy statement. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn // Pediatrics.-2012.-№130(3).-P.587-597.

24 Joint statement of practice relations between obstetrician–gynecologists and certified nurse–midwives/certified midwives. American College of Nurse–midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists <https://www.acog.org/clinical-information/policy-and-position-statements/statements-of-policy/2018/joint-statement-of-practice-relations-between-ob-gyns-and-cnms>. 23.04.2019

25 Шакирова Э.М., Шакирова Л.З. Опыт становления перинатальной службы в Германии (уроки, которые следует извлечь) // Педиатрия.- 2008, № 7 (31). - С. 85-87.

26 Gissler M., Mohangoo A.D., Blondel B., et al. Perinatal health monitoring in Europe: results from the EURO-PERISTAT project // Informatics for Health and Social Care. -2010.- Vol.35(2).-P.64-79. doi: 10.3109/17538157.2010.492923

27 Wagner B., Meiowitz N., Shah L., et al. Comprehensive perinatal safety initiative to reduce adverse obstetric events // J Healthc Qual.-2012.-№34(1).-P.6-15 doi: 10.1111/j.1945-1474.2011.00134.x. Epub 2011 Mar 1.

28 Van der Kooy J., Valentine N.B., Birnie E., et al. Validity of a questionnaire measuring the world health organization concept of health system responsiveness with respect to perinatal services in the dutch obstetric care system // BMC Health Serv

Res.-2014.-14:622. doi: 10.1186/s12913-014-0622-1.

29 Jacoba van der Kooy, Erwin Birnie, Nicole B. Valentine et al. Quality of perinatal care services from the user's perspective: a Dutch study applies the World Health Organization's responsiveness concept // BMC Pregnancy and Childbirth.-2017.-17:327. doi 10.1186/s12884-017-1464-8

30 Zweifler J., Hughes S., Lopez RA. Controlling for race/ethnicity: a comparison of California commercial health plans CAHPS scores to NCBD benchmarks// Int J Equity Health.-2010.-9:4. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-4>

31 Raleigh VS, Hussey D, Seccombe I, Hall K. Ethnic and social inequalities in women's experience of maternity care in England: results of a national survey // J R Soc Med.-2010.-№103(5).-P.188-198. DOI: [10.1258/jrsm.2010.090460](https://doi.org/10.1258/jrsm.2010.090460)

32 Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in southern Thailand // Int J Qual Health Care.-2012.-№24(2):169-75. DOI: [10.1093/intqhc/mzr085](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr085)

33 Gayet-Ageron A., Agoritsas T., Schiesari L., Kolly V., Perneger TV. Barriers to participation in a patient satisfaction survey: who are we missing? // PLoS One.-2011.-№6(10):e26852. doi: [10.1371/journal.pone.0026852](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026852)

34 Institute for Patient- and Family-Centered Care // Bethesda (MD): IPFCC. <http://www.ipfcc.org/>. 15.10.2019.

35 Guidelines for perinatal care, 8th edition / American Academy of Pediatrics / The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017. - 712 p.

<https://reader.aappublications.org/guidelines-for-perinatal-care-8th-edition/1> 21.05.2019.

36 Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. - Vancouver, B.C. : Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2002. - 47 p. <https://www.worldcat.org/title/defusing-the-confusion-concepts-and-measures-of-continuity-of-health-care/oclc/50248087>

37. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review// British Medical Journal. -2003 Nov 22;327(7425):1219–21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. 12.10.2018.

38 Harper MA, Byington RP, Espeland MA, Naughton M, Meyer R, Lane K. Pregnancy-related death and health care services // Obstet Gynaecol. 2003. - 102(2):273-8 doi: 10.1016/s0029-7844(03)00408-3. 27.01.2020.

39 Pope R, Graham L, Patel S. Woman-centred care // International Journal of Nursing Studies. - 2001.- №38(2).-P.227–38. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00034-1.

40 Pregnancy-related changes in the longer-term management of HIV-infected women in Europe / European Collaborative Study // European Journal of Obstetrics, & Gynaecology and Reproductive Biology. - 2003.- Vol. 111 (1). - P.3-8.

41 Boss DJ, Timbrook RE, Fort Wayne Medical Education Research Group. Clinical obstetric outcomes related to continuity in prenatal care // Journal of the American Board of Family Practice. -2001.- №14(6). -P.418-423.

42 Lack N, Zeitlin J, Krebs L, Künzel W, Alexander S. Methodological difficulties in the comparison of indicators of perinatal health across Europe // European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology. - 2003.-

Vol.111 (1). - P. 33-44.

43 Macfarlane A, Gissler M, Bolumar F, Rasmussen S: The availability of perinatal health indicators in Europe. Indicators to Monitor and Evaluate Perinatal Health in Europe. Results from the PERISTAT project// European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology. - 2003.-№ 111.-P.15-32.

44 Blondel B, Macfarlane A, Gissler M, Bréart G and the PERISTAT study group: Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in PERISTAT project// British Journal of Obstetrics and Gynecology, 2006.- №113(5).-P. 528-35.

45 Zeitlin J, Blondel B, Alexander S, Bréart G and the PERISTAT group: Variation in the rates of postterm birth in Europe: reality or artefact // British Journal of Obstetrics and Gynecology 2007.- №114(9).-P. 1097-103.

46 Blondel B, Macfarlane A, Gissler M, Breart G, Zeitlin J, PERISTAT Study Group. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project // BJOG.-2006.-113(5).-P.528-35. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00923.x.

47 Leutz W.N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom // The Milbank Quarterly. -1999.-№77(1).-P.77–110.

48 Постановление Правительства Республики Таджикистан. Об утверждении Национальной стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы: утв. 2 августа 2010 года, №220 https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30830491#pos=0;0 21.06.2019

49 Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Об утверждении Перинатальной программы Кыргызской Республике на 2008–2017 годы: утв. 20 июня 2008 года, № 315 http://continent-online.com/Document/?doc_id=30952722#pos=0;204 21.06.2019

50 Приказ Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Об организации и обеспечении антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи: утв. 18 мая 2012 года, № 137 <https://www.minzdrav.uz/documentation/detail.php?ID=31170> 21.06.2019

51 Национальная стратегия охраны здоровья матерей, новорожденных, детства и подростков в Туркменистане на 2015-2019 годы. - 2015. - 66 с.

52 Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training Moduls. WHO // Regional Office for Europe.-2002.-P.392

53 The Living Standards Measurement Survey, 2007 // Indicators at a Glance.- 2009. - №83. - 51p.

54 Национальный обзор Республики Таджикистан по осуществлению Пекинской декларации и Платформы действий (1995 года) в рамках внедренной повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и итоговых документов двадцать третьей специальной сессии Генеральной Ассамблеи (2000 года) в контексте двадцать пятой годовщины четверной Всемирной конференции по положению женщин и принятия Пекинской Декларации и Платформы действий в 2015 году https://unece.org/fileadmin/DAM/RCM_Website/

Tajikistan.pdf 30.12.2019.

55 Постановление Правительства Кыргызской Республики. О Национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики "Ден соолук" на 2012-2018 годы: утв. 24 мая 2012 года, №309 (в название документа внесены изменения 11 мая 2017 года, № 267) http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=52155 17.11.2019.

56 Болбачан О.А. Проблемы материнской смертности в Кыргызстане // Медицина Кыргызстана. - 2012. - № 4. - С. 27-28.

57 Василевский М.Г., Василевская Н.М., Ибраимова Д.Д. Эпидемиология материнской смертности // Медицина Кыргызстана. - 2013.- № 1. С. 42-45.

58 Исхакова М. Перинатальные исходы очень ранних родов: дис ... канд.мед.наук:14.00.01. –Бишкек: КРСУ им. Б.Н. Ельцина, 2009. – 102 с. – И nv. №04200912084 <http://medical-diss.com/docreader/287867/d#?page=1> <http://medical-diss.com/docreader/287867/d#?page=1> 25.03.2019.

59 Качество предоставляемых медицинских услуг матерям и детям в пилотных стационарах Ошской, Джалаал-Абадской, Баткенской и Иссык-Кульской областей: Оценка реализации Проекта ЮНИСЕФ (2014-2017 гг.). Отчет. <https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org.kyrgyzstan> 10.05.2019.

60 Постановление Президента Республики Узбекистан. О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формирование здорового поколения: утв. 13 апреля 2009 года № ПП 1096.

<https://www.minzdrav.uz/en/services/validation/detail.php?ID=30413> 10.05.2019.

61 Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан. Совершенствование услуг по охране материнства и детства в Узбекистане. Фаза II. <https://docplayer.ru/65799138-Sovershenstvovanie-uslug-po-ohrane-materinstva-i-detstva-v-uzbekistane.html> 23.04.2019.

62 Закон Туркменистана. Об охране здоровья граждан: 23 мая 2015 год, №223-V. http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=77395 09.10.2019.

63 Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Рассмотрение отчётов Государств-участников в соответствии со статьей 16 и 17 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Второй периодический отчёт Государств-участников. Туркменистан.-2017.- 42 с.

64 Перинатальный аудит. Современная методология: методические рекомендации // Н. В. Башмакова, О. С. Филиппов, Г. Б. Мальгина, Н. Б. Давыденко, А.М.Литвинова.-М.-2014.-64с. http://astgmu.ru/wp-content/uploads/2018/09/Perinatalnyj_audit_Sovremennaya_metodologiya.pdf. 24.12.2019.

65 Шувалова М., Письменская Т., Гребенник Т. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. ISSN 2071-5021. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/832/30/lang,ru/> 05.05.2020.

66 Вартапетова Н. Научное обоснование, разработка и внедрение организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на современном этапе: дис.... док.мед.наук: 14.02.03.-М., 2011.- 323 с. <https://www.dissercat.com/content/nauchnoe-obosnovanie-razrabotka-i->

vnedrenie-organizatsionno-funktionalnoi-modeli-akushersko 02.03.2020.

67 Федеральная служба государственной статистики. www.gks.ru. 3.04.2019.

68 World Bank group open data. Maternal mortality ratio <https://data.worldbank.org/> 22.02.2020.

69 World Bank group open data. Mortality rate, infant <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN> 23.02.2020.

70 World Bank group open data. Mortality rate, neonatal <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT> 25.02.2020.

71 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан: утв. 21 декабря 2007 года, № 746 https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=12.01.2020.

72 Чувакова Т.К. Реформы, способствующие выполнению 4-й цели развития тысячелетия по снижению смертности детей в Казахстане // Акушерство, гинекология и перинатология.- 2018. - №1-2. - С.63-68.

73 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внедрении подсистемы «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» Портала «Регистр прикрепленного населения»: утв. 22 ноября 2013 года, № 674 https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=14.07.2020

74 Комплексная медицинская информационная система (КМИС) <https://alm.dmed.kz/Authentication/Authentication> 23.04.2019.

75 Конфиденциальный аудит перинатальной смертности <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/glavnaya/22-informatsiya> 21.02.2020

76 Отчет по итогам мониторинга мероприятий и индикаторов плана по снижению младенческой и детской смертности в рк на 2019-2021 годы. <http://www.rcrz.kz> 20.01.2020

77 Есламгалиева Ш.Н., Святова Г.С., Салимбаева Д.Н., Кирикбаева М.С., Березина Г.М. Организация неонатального скрининга в Республике Казахстан // Акушерство, гинекология и перинатология.- 2018. - №1-2. - С.236-237.

78 Gidiri M., McFarlane J., Holding S., Lindow S. Maternal serum screening for Down syndrome: are women's perceptions changing? // BJOG.-2007.- №114(4).- P.458-61. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01266.x.

79 Petersen AK, Cheung SW, Smith JL et al. Positive predictive value estimates for cell-free noninvasive prenatal screening from data of a large referral genetic diagnostic laboratory // Am J Obstet Gynecol-2017.-№217(6): 691.e1-691.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.005. Epub 2017 Oct 13.

80 Кравцова Т.Г. Динамика критических случаев в акушерской службе // Акушерство, гинекология и перинатология.-2018. - №1-2. - С.39-44.

81 Evans W. N., Lien D.S. The benefits of prenatal care: evidence from the PAT bus strike // Journal of Econometrics.-2005.-Vol.125(1-2).-P. 207-239.

82 Centers for Disease Control and Prevention. Infant mortality. Perproductive Health. <http://www.cdc.gov> 15.11.2019.

83 World Health Organization. European Health for All family of database. <http://www.euro.who.int> 10.10.2019.

84 Kilpeläinen K, Aromaa A and the ECHIM Core Group (editors). European Health Indicators: Development and Initial Implementation. Final Report of the

- ECHIM Project // Publications of the National Public Health Institute.-2008.- P.214
- 85 EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report.
<http://www.europeristat.com>. 25.03.2019.
- 86 March of Dimes. Toward improving the outcome of pregnancy III: enhancing perinatal health through quality, safety and performance initiatives.
<https://www.marchofdimes.org/materials/TIOP%20III%20.pdf> 14.12.2019.
- 87 The importance of preconception care in the continuum of women's health care. ACOG Committee Opinion. N.313. 2000 <https://www.acog.org> 18.11.2019
- 88 Levels of neonatal care. Practice Guideline. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn // Pediatrics.-2012.- 130(3).-P.587-597
- 89 National Association of Neonatal Nurses. Requirements for advanced neonatal nursing practice in neonatal intensive care units. Position Statement #3042. -2009.
<https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare> 10.12.2019.
- 90 World Health Organization. Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/ 11.01.2019
- 91 Дощанова А.М. Репродуктивный потенциал женщин Казахстана. Проблемы. Пути решения // Акушерство, гинекология и перинатология.-2018.- №1-2.-С.19-22.
- 92 Доброхотова Ю.Э., Кузнецов П.А., Копылова Ю.В., Джохадзе Л.С. Кесарево сечение: прошлое и будущее // Гинекология.-2015.-Т.17, №3.-С.64-67.
- 93 Аборт. Нерешенные проблемы <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/areas-of-work/> 02.04.2020.
- 94 Bastek J.A., Gómez L.M., Elovitz M.A. The role of inflammation and infection in preterm birth // Clinics in perinatology.-2011.-Vol. 38(3).-P.385-406.
- 95 Pugni L. et al. Chorioamnionitis and neonatal outcome in preterm infants: a clinical overview // Mater Fetal Neonatal Med .-2016.-Vol.29(9).-P.1525-1529.
- 96 Плюснина Н.Н., Захарова С. Ю., Павличенко М. В. Анализ состояния здоровья детей раннего возраста, рожденных с задержкой внутриутробного роста плода // Вестник Уральской медицинской академической науки.-2011.-№ 4.-С.59-62.
- 97 Blencowe H. et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births // Reproductive health.-2013.-Vol.10(1).- 14 p.
- 98 Лебедева О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения // Вестник новых медицинских технологий.-2015.-№2.-7 с.
- 99 Stoll B. J. et al. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993-2012 // JAMA.-2015.-Vol.314(10).-P. 1039-1051.
- 100 Schmidt B. et al. Survival without disability to age 5 years after neonatal caffeine therapy for apnea of prematurity // JAMA.-2012.-Vol. 307(3).-P.275-282.
- 101 Тарасова Т.Ю., Петрова И.Н., Ожегов А.М. Влияние перинатальных инфекций на здоровье детей с задержкой внутриутробного развития // Практическая медицина.-2011.-№5(53).-С.96-100
- 102 Oshiro B.T., Berns S.D. Quality improvement opportunities to prevent preterm births // Clin Perinatol.-2011.-Vol.38(3).-P.564-578.
- 103 Martinelli P., Sarno L., Maruotti GM., Paludetto R. Chorioamnionitis and

- prematurity: a critical review // J Matern Fetal Neonatal Med.-2012.-Vol.4.-P.29-31.
- 104 Крыжановская М.В. Роль инфекционного фактора в развитии преждевременных родов // Медико-социальные проблемы семьи.-2011.-Т.16, №1.-С.104-107.
- 105 Колобов А.В., Меркулова А.И., Цинзерлинг В.А. Инфекционные поражения последа как причина невынашивания беременности // Журнал инфектологии.-2015.-Т.7, №1.-С.47-52.
- 106 Palasanthiran P. et al. Management of Perinatal Infections // Australasian society for infectious diseases.-2014. - 93 p. <https://www.asid.net.au>
- 107 Frenkel LD, Gomez F, Sabahi F. The pathogenesis of microcephaly resulting from congenital infections: why is my baby's head so small? // Eur J Clin Microbiol Infect Dis.-2018.-Vol37(2).-P.209-226. doi: 10.1007/s10096-017-3111-8.
- 108 De Vries LS. Viral Infections and the Neonatal Brain // Semin Pediatr Neurol.-2019.-Vol.32:100769. doi: 10.1016/j.spen.2019.08.005
- 109 Vornhagen J, Adams Waldorf KM, Rajagopal L. Perinatal Group B Streptococcal Infections: Virulence Factors, Immunity, and Prevention Strategies // Trends Microbiol.-2017.-Vol25(11).-P.919-931 doi: 10.1016/j.tim.2017.05.013.
- 110 Ostrander B, Bale JF. Congenital and perinatal infections// Handb Clin Neurol.-2019.-Vol.162.-P.133-153. doi: 10.1016/B978-0-444-64029-1.00006-0.
- 111 Madrid L, Varo R, Sitoé A, Bassat Q. Congenital and perinatally-acquired infections in resource-constrained settings // Expert Rev Anti Infect Ther.-2016.-Vol14(9).-P.845-861. doi: 10.1080/14787210.2016.1215913.
- 112 Wood AM, Hughes BL. Detection and Prevention of Perinatal Infection: Cytomegalovirus and Zika Virus // Clin Perinatol.-2018.-Vol.45(2).-P.307-323 doi: 10.1016/j.clp.2018.01.005.
- 113 Lochner 3rd HJ, Maraqa NF Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women: Integrating Screening and Treatment into Prenatal Care // Paediatr Drugs.-2018.-Vol20(6).-P.501-509. doi: 10.1007/s40272-018-0310-4.
- 114 Honkila M et al. Symptoms, Signs and Long-term Prognosis of Vertically Transmitted Chlamydia trachomatis Infections // Pediatr Infect Dis J.- 2018.-Vol37(9).-P.930-933. doi: 10.1097/INF.0000000000001925.
- 115 Cools P, Melin P. Group B Streptococcus and perinatal mortality // Res Microbiol.-2017.-Vol.168(9-10)-P.793-801. doi: 10.1016/j.resmic.2017.04.002.
- 116 Taylor AW et al. Estimated Perinatal HIV Infection Among Infants Born in the United States, 2002-2013 // JAMA Pediatr.-2017.-Vol.171(5).-P.435-442. doi: [10.1001/jamapediatrics.2016.5053](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.5053)
- 117 Liu L., Oza S., Hogan D .et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals // Lancet.-2016.-Vol.338(10063)-P.3027-3035
- 118 Baqui AH., Saha SK., Ahmed AS. et al. Safety and efficacy of alternative antibiotic regimens compared with 7 day injectable procaine benzylpenicillin and gentamicin for outpatient treatment of neonates and young infants with clinical signs of severe infection when referral is not possible: a randomised, open-label, equivalence trial // Lancet Glob Health.-2015.-Vol.3(5).-P.279-287

- 119 Tam P.Y.I., Bendel C.M. Diagnostics for neonatal sepsis: current approaches and future directions // Pediatric Research.-2017.-Vol.82(4).-P.574-583.
- 120 Loughnan P.M. et al. Late onset haemorrhagic disease in premature infants who received intravenous vitamin K1 // Journal of paediatrics and child health.-1996.-Vol.32(3).-P.268-269.
- 121 Johnson P. Vitamin K prophylaxis in the newborn: indications and controversies // Neonatal Network.-2013.-Vol.32(3).-P.193-199.
- 122 Chauhan N., Tiwari S., Jain U. Potential biomarkers for effective screening of neonatal sepsis infections: An overview // Microb Pathog.-2017.-Vol.107.-P.234-242.
- 123 Muller-Pebody B. et al. Empirical treatment of neonatal sepsis: are the current guidelines adequate? // Arch Dis Child Fetal and Neonatal Ed.-2011.-Vol.96(1).-P.4-8
- 124 Mihatsch W.A. et al. Prevention of vitamin K deficiency bleeding in newborn infants: a position paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition // Journal of pediatric gastroenterology and nutrition.-2016.-Vol.63(1).-P.123-129.
- 125 Burke M. et al. Perinatal influences on the uptake of newborn Vitamin K prophylaxis—a retrospective cohort study // Australian and New Zealand journal of public health.-2015.-Vol.39(6).-P.573-576.
- 126 Greer F.R. Vitamin K the basics – What's new? // Early human development. - 2010.-Vol.86(1).-P.43-47.
- 127 Kumar A. Systematic bias in meta-analyses of time to antimicrobial in sepsis studies // Critical care medicine.-2016.-Vol.44(4).-P.234-235.
- 128 Strehle E. M. Vitamin K Deficiency and its Prevention and Treatment in Infants // Nutrition in Infancy. – Humana Press.-2013.- P.429-439.
- 129 Клинический протокол «Геморрагическая болезнь новорожденных» <https://diseases.medelement.com/disease/13963> 21.01.2014
- 130 Роль акушерок по данным ВОЗ <https://www.who.int/ru/news-room/detail/15-may-2020-the-role-of-nurses-in-delivery-care> 15.05.2020
- 131 Анализ результативности регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан – Казахстан, 2019. – 75 с.
- 132 Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: v. 2.0. - Россия: Status Praesens, 2017. - 872 с.
- 133 Стриженок Е.А., Гудков И.В., Страчунский Л.С. Применение лекарственных препаратов при беременности: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. -2007.-T.9, №2.-C.162-175.
- 134 Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Метелкин И.А. Методология анализа «затраты-эффективность» при проведении фармакоэкономических исследований // Фармакоэкономика.-2012.-T.5., №4.-C.3-5.
- 135 Ефанов А.Ю и др. Фармакоэкономическая эффективность использования современных технологий в диспансерном наблюдении больных артериальной гипертонией // Российский кардиологический журнал.-2019.-№24.-11 с.
- 136 Шевченко С.Ю. Демедикализация как линия сближения разных медицинских систем // Медицинская антропология и биоэтика.-2018.-№16.-2 с.
- 137 Оникиенко В.В., Емельяненко Л.М., Терон И.В. Инновационная

парадигма социально-экономического развития Украины / под ред. В.В. Оникиенко. – К.: РВПС НАН Украины, 2006. – 480 с.

138 Дорожная карта по повышению эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства в РК на 2016-2019 годы <https://online.zakon.kz/Document/16.12.2019>.

139 UNICEF Индивидуальная карточка роста и развития ребенка для детей в возрасте от 0 до 5 лет. <https://www.unicef.org/kazakhstan> 27.11.2019

140 Аубакирова А.К. Прогноз перинатальной смертности в Казахстане // Акушерство, гинекология и перинатология.-2018.- №1-2. -С.18-19.

141 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2016 году. Статистический сборник. - Астана, 2017. - 354 с. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2> 25.10.2019

142 Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц / под ред. Т. Кудайбергенова, Х. Бикташевой. – Алматы: Полиграфсервис, 2011. – 119 с.

143 Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц / под ред. Т. Кравцовой, М. Исаковой, Ф. Кулманбетовой. – Алматы: Полиграфсервис, 2016. – 98 с.

144 Балинова В.С. Статистика в вопросах и ответах: учебное пособие. – М.: Велби, 2004. – 344 с.

145 Актаева Л.М., Мирзахметова Д.Д., Каусова Г.К. Репродуктивный потенциал в южных регионах Республики Казахстан // Apsatar readings: The future of medicine. Challenges and decisions the collection reflects the results of the International scientific – practical conference of students and young researchers. Almaty.- 2019.-P.104

146 Актаева Л.М., Мирзахметова Д.Д., Каусова Г.К. Перинатальные риски во время беременности в южных регионах Республики Казахстан // Научно-практический журнал. Вестник КазНМУ. - 2019.- № 1.- С.603-605.

147 Актаева Л.М., Мирзахметова Д.Д., Каусова Г.К. Заболевания органов пищеварения у беременных женщин как индикатор перинатального риска // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей IV Международной (74 Всероссийской) научно-практической конференции. - 2019. - №1. - С.128-131. <http://elib.usma.ru/handle/usma/1194>

148 Aktaeva L.M. Mirzakhmetova D.D., Z.Padaiga Extragenital Pathologies of Pregnant Women in the Southern Regions of The Republic of Kazakhstan // Systematic Review Pharmacy. - 2020. – Vol.11(4). -P.405-412.

149 Актаева Л.М., Мирзахметова Д.Д., Каусова Г.К. Результаты мониторинга основных индикаторов акушерской помощи в южных регионах Республики Казахстан // Научно-практический журнал. Вестник КазНМУ. - 2019.- № 1.- С.605-609.

150 Мирзахметова Д.Д., Курманова А.М., Исакова М.Б. Материнская смертность в Республике Казахстан // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2018. - № 1-2. - С.58

151 Тажиханова Т.Т., Мирзахметова Д.Д. Доля экстрагенитальных заболеваний в структуре материнской смертности в Республики Казахстан // Акушерство, гинекология и перинатология.- 2019.- № 1-2. - С.63-65

- 152 Мирзахметова Д.Д., Кулманбетова Ф.К., Искакова М.Б., Сагындыкова Б.Б. Анализ критических состояний в Республики Казахстан // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2019. - №1-2. - С.41-45
- 153 Кравцова Т.Г., Мирзахметова Д.Д.. Системные проблемы оказания акушерской помощи // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2019. - №1-2. - С.22-29
- 154 Терликбаева А.Т., Мирзахметова Д.Д. Сепсис на современном этапе (Обзор) // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2018.- № 3-4. - С.110-115
- 155 Мирзахметова Д.Д. Акушерско-гинекологическая служба в Казахстане: итоги и перспективы // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2018. - № 1-2. - С.11-15
- 156 Мирзахметова Д.Д. Организация службы родовспоможения в Республики Казахстан. Проблемы и пути их решения // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2019. - № 1-2. - С.12-15
- 157 Актаева Л.М., Мирзахметова Д.Д., Каусова Г.К. Кадровая обеспеченность населения врачами акушер-гинекологами и неонатологами в южных регионах Республики Казахстан // Астана медициналық журналы. - 2019.- 2(100). - С.194-198. 145
- 158 Aktaeva L.M., Mirzakhmetova D.D., Kausova G.K. Human resource of the perinatal service in the southern regions of Kazakhstan // Мат. межд. науч. конф. VI международные фарабиевские чтения. – Алматы, Казахстан, 2-12 апреля 2019. – Алматы: Қазақ университеті, 2019. – 44 с.
- 159 Мирзахметова Д.Д. Проблемы инновационного развития перинатальной помощи в южном регионе республики // Научно-практический журнал. Вестник КазНМУ. - 2020.- № 1.- С.716-719.
- 160 Орлов А. И., Орлова Л. А. Современные подходы к управлению инновациями и инвестициями // Экономика XXI века. - 2002. - № 12. - С. 3-26.
- 161 Баранчеев В.П., Масленников Н.П., Мишин В.М. Управление инновациями: учебник для бакалавров / под ред. В.П. Баранчеева – Изд. 2-е, перер. и доп. – М.: Юрайт, 2015, 711 с.
- 162 Roy Rothwell. Towards the Fifth-generation Innovation Process // International Marketing Review. – 1994. - Vol.11(1).-P.7-31.
- 163 Бабачан С., Бабачан В., Мухамедалиев Н., Габайдулина Е., Якушин С., Мирзахметова Д. Школа будущей мамы. - Сумы-2019, 2019. - 276 с.
- 164 Rolnik DL. et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia // New England Journal of Medicine.- 2017.-Vol.377(7).-P.613-622
- 165 Lianli Yin, Yinghua Tang, Qing Lu et al. Application value of NIPT for uncommon fetal chromosomal abnormalities // Molecular Cytogenetics.-2020.-13:39.-P.1-7. doi: 10.1186/s13039-020-00508-z. eCollection 2020.
- 166 Bianchi DW, Platt LD, Goldberg JD, Abuhamad AZ, Sehnert AJ, Rava RP, et al. Genome-wide fetal aneuploidy detection by maternal plasma DNA sequencing// ObstetGynecol .-2012.-№119(5).-P.890–901.
- 167 Агаджанян В.В., Устьяцева И.М., Хохлова О.И. Новые технологии в клинической лабораторной диагностике // Медицина в Кузбассе. - 2004. - №6.-

C.5-6.

168 Hamrick H.J. et al. Reasons for refusal of newborn vitamin K prophylaxis: implications for management and education // Hospital pediatrics. - 2016. - Vol.6(1). - P.15-21.

169 Clarke P., Mitchell S.J., Shearer M.J. Total and differential phylloquinone (vitamin K1) intakes of preterm infants from all sources during the neonatal period // Nutrients. - 2015. - Vol.7(10). - P.8308-8320.

170 Рыжков В. В. и др. Перинатальные аспекты внутриутробных инфекций // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2017. - Т.17, №4. - С. 33-36.

171 Методология по оценке потребности населения в медицинских услугах ГОБМП при переходе на ОСМС в разрезе регионов. <http://www.rcrz.kz/100/p67-3.pdf> 05.02.2020

172 Анализ материнской смертности беременных, рожениц и родильниц // под ред. Д.Д. Мирзахметовой, Т.Г. Кравцовой, М.Б.Искаковой. - Алматы: Издательство «Полиграфсервис», 2019 - 264 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета №1

По изучению мнения женщин репродуктивного возраста о качестве родовспоможения ----- области.

Уважаемые, женщины!

Настоящая анонимная анкета предназначена для изучения Вашего мнения о состоянии и развитии службы родовспоможения в Вашей области.

Результаты опроса будут использованы исключительно для принятия дополнительных управленческих решений по улучшению работы женских консультаций и родильных домов в области.

1. Ваш возраст: до 18 лет; от 19 до 25 лет; от 26 до 31 года; от 32 до 37 лет; от 38 лет и старше. (подчеркнуть)

2. Где вы живете? - ?

в сельской местности; в городах; в областном центре. (подчеркнуть)

3. Ваше образование?

среднее, среднее специальное, незаконченное высшее, высшее. (подчеркнуть)

4. Ваше гражданское состояние?

замужем, не замужем, разведенная. (подчеркнуть)

5. Ваше социальное положение?

работающая, студентка, безработная, мать-одиночка. (подчеркнуть)

6. Укажите ваши среднемесячные доходы на одного члена семьи?

до 50 тыс.тенге; от 51 до 100 тыс.тенге; от 101 до 150 тыс.тенге; 151 тыс.тенге и больше. (подчеркнуть)

7. Сколько у вас было беременностей?

5 и больше; 4; 3,2, настоящая первая. (подчеркнуть)

8. Чем закончились ваши предыдущие беременности?

- родами и рождением здорового ребенка;

- самопроизвольным выкидышем в меньшие сроки беременности;

- медицинским абортом;

- абортом по социальным показаниям. (подчеркнуть)

9. В каком сроке настоящей беременности, вы впервые обратились к акушеру-гинекологу женской консультации?

- до 12 недель;

- от 13 до 16 недель;

- от 17 до 20 недель;

- от 21 недели и позже;

- не обращалась вообще. (подчеркнуть)

10. Какая патология беременности у вас выявлена в течении наблюдения в женской консультации?

- ранний токсикоз (слюнотечение, рвота)

-поздний токсикоз (отеки, повышенное артериальное давление, наличие белка в моче). (подчеркнуть)

11.Какие экстрагенитальные заболевания у вас обострились и вновь выявлены во время настоящей беременности?

- вегетососудистая дистония;
- артериальная гипертензия;
- врожденные и приобретенные пороки развития сердца и крупных сосудов;
- системные болезни крови, соединительные ткани и сосудов;
- болезни почек;
- эндокринные заболевания (диабет, тиреотоксикоз);
- болезни печени и других органов пищеварительного тракта;
- другие болезни. (подчеркнуть)

12.Были ли у вас поздние токсикозы или обострения экстрагенитального заболевания в момент направления в родильный дом?

- не были;
- было повышенное артериальное давление, отеки, белок в моче;
- было обострение имеющегося экстрагенитального заболевания (указать какого). (подчеркнуть)

13.В каком сроке беременности вы были госпитализированы?

- до 36 недель;
- от 37 до 38 недель. (подчеркнуть)

14.Каким способом и куда вы были госпитализированы?

- заблаговременно в плановом периоде;
- срочно при наступлении родов;
- в последнем периоде. (подчеркнуть)

15.Какие родовспомогательные методы у вас применялись?

- консервативное ведение предродового периода и родов;
- плановое(экстренное), оперативное родоразрешение (кесарево сечение). (подчеркнуть)

16.Какие осложнения в родах у вас были?

- слабость родовой деятельности;
- кровотечения;
- обострение экстрагенитального заболевания;
- ухудшение состояния плода;
- внутриутробная гибель плода. (подчеркнуть)

17.Какие методы были использованы для ускорения родов и сохранения жизни плода и новорожденного?

- медицинское ускорение родов;
- инструментальное извлечение плода;
- кесарево сечение. (подчеркнуть)

18.Как оценивалось состояние вашего ребенка при рождении?

- хорошее;
- удовлетворительное;
- неудовлетворительное;
- родился мертвый плод. (подчеркнуть)

19. С каким весом родился ваш ребенок?

- до 1000 граммов;
- от 1001 до 1500 граммов;
- от 1501 до 2000 граммов;
- от 2001 до 2500 граммов;
- от 2501 до 3000 граммов;
- от 3001 и больше граммов. (подчеркнуть)

20. Были ли у вас послеродовые осложнения?

- были;
- не были. (подчеркнуть)

21. Если были, то укажите какие?

- кровотечения;
- низкая сокращаемость(атония) матки;
- инфекционное заражение(сепсис);
- другие осложнения. (подчеркнуть)

22. Сколько дней вы находились в родильном доме после родов?

- до 4 дней;
- от 5 до 7 дней;
- больше 7 дней. (подчеркнуть)

23. В каком состоянии Вас выписали из родильного дома?

- в удовлетворительном;
- в неудовлетворительном. (подчеркнуть)

24. В каком состоянии при Вашей выписке находился ваш ребенок?

- в хорошем;
- в удовлетворительном;
- оставлен для выхаживания;

-умер до родов, во время родов и в раннем послеродовом периоде.
(подчеркнуть)

25. Довольны ли Вы качеством наблюдения и лечения во время беременности в женской консультации?

- да;
- нет. (подчеркнуть)

26. Если нет, то почему?

- мало лечения и много суматошной волокиты;
- низкая врачебная компетенция;
- низкая взаимосвязь с врачами других специальностей. (подчеркнуть)

27. Как вы оцениваете работу родильного дома, в котором Вы рожали?

- положительно;
- отрицательно. (подчеркнуть)

28. Если отрицательно, то почему?

- недостаточное внимание к течению
- пассивное ведение предродового периода;
- неквалифицированное ведение родов и послеродового периода;
- неудовлетворительное наблюдение и лечение новорожденных при наличии отклонений от нормы и внутриутробном положении. (подчеркнуть)

29.Что с вашей стороны нужно предпринимать, чтобы беременность и роды закончились рождением здорового ребенка?

- лучше планировать желаемую беременность;
- лечить до беременности имеющееся заболевание;
- как можно раньше обратиться к врачу и встать на учет в женскую консультацию;
- выполнять рекомендации врачей, при наступлении осложнений, немедленно обращаться к врачу. (подчеркнуть)

30.Что, на ваш взгляд, нужно еще сделать, чтобы улучшить работу женских консультаций и родильных домов?

- улучшить квалификацию и этику поведения врачей, акушерок и медсестер;
- улучшить оснащение современной диагностической аппаратурой и лечебным оборудованием операционных и отделений для новорожденных;
- шире использовать актовые методы подготовки к родам, при наступлении родов и в раннем послеродовом периоде;
- повысить уровень преемственности и обратной связи женских консультаций и родильных домов. (подчеркнуть)

Спасибо за сотрудничество!

Анкета №2

по изучению отношения медицинских работников к качеству перинатальной помощи населению ----- области.

Уважаемые, коллеги!

Настоящая анонимная анкета предназначена для изучения Вашего экспертного мнения о состоянии и качестве перинатальной помощи в Вашей области.

Результаты опроса будут использованы для разработки дополнительных организационных и клинических мероприятий, направленных на более эффективное использование ресурсов родовспоможения.

1. Ваш возраст: до 30 лет; от 31 до 36 лет; от 37 до 45 лет; от 46 до 55 лет; от 56 до 63 лет; от 63 лет и старше. (подчеркнуть)

2. Ваш пол: женский, мужской. (подчеркнуть)

3. Ваша врачебная специальность?

- акушер-гинеколог, неонатолог, терапевт, организатор здравоохранения, кардиолог, кардиохирург, анестезиолог. (подчеркнуть, указать дополнительно)

4. Ваш стаж работы?

- от 3 до 5 лет; от 6 до 10 лет; от 11 до 15 лет; от 16 и старше. (подчеркнуть)

5. Занимаемая вами должность?

- рядовой врач, зав.отделения, зам гл.врача, главный врач, научный сотрудник, работник управления здравоохранения. (подчеркнуть)

6. Ваша квалификационная категория, ученая степень?

Категория: вторая, первая, высшая.

Ученая степень: кмн, дмн, магистр, доктор, рд. (подчеркнуть)

7. Что, на ваш взгляд, нужно предпринять, чтобы улучшить планирование желательной беременности?

- повысить медицинскую грамотность женщин репродуктивного возраста путем целенаправленной разъяснительной работы;

- осуществить эффективную профилактику абортов и контрацепцию;

- проводить своевременную диагностику и лечение соматических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. (подчеркнуть)

8. Как улучшить деятельность женских консультаций?

- повысить профессиональную компетентность и мотивации врачей;

- дооснастить женские консультации необходимой медицинской техникой;

- улучшить эффективность и качество лечения патологии беременности и экстрагенитальных заболеваний;

- внедрять современные методы перинатальной диагностики и патологии плода;

- осуществлять своевременную заблаговременную госпитализацию беременным с высоким риском развития осложнений в предродовом периоде и в родах. (подчеркнуть)

9. В чем основные проблемы взаимодействия и преемственности женских консультаций и родильных домов?

-беременные поступают с поздними токсикозами беременности и обострением экстрагенитальных заболеваний;

-в женских консультациях плохо проводится антенатальная диагностика врожденных пороков развития и рисков внутриутробной гибели плода;

-неудовлетворительная подготовка беременных к поведению в дородовом периоде, в родах и раннем послеродовом периоде. (подчеркнуть)

10.Что, на ваш взгляд, необходимо сделать, чтобы повысить качество дородового наблюдения и активность родовспоможения?

- увеличить штатную численность дежурных врачей и среднего медицинского персонала;

- внести изменения и дополнения в клинические протоколы ведения осложнений беременности и родов, особенно в части использования более широкого перечня лекарственных средств и акушерских пособий;

- повысить профессиональную компетентность врачей и акушеров-гинекологов в проведении плановых и экстренных хирургических вмешательств;

- улучшить обеспеченность родильных отделений эффективными лекарственными средствами, экстренной лабораторной и инструментальной диагностики;

- повысить качество реанимационной помощи, интенсивной терапии и выхаживания новорожденных. (подчеркнуть)

Спасибо за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 3.1 - Динамика доли женщин фертильного возраста в общей численности населения Южного региона Казахстана (%)

Область	2011 г	2013 г		2015 г		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	20,1	23,7	17,9	23,8	0,4	26,2	10,1
Жамбылская область	20,6	22,6	9,7	25,0	10,6	25,2	0,8
КЗО	18,7	18,8	0,5	18,6	-1,1	22,9	23,1
ЮКО	23,0	19,3	-16,1	22,9	18,7	27,8	21,4
РК	26,9	25,3	-5,9	26,0	2,8	28,7	10,4

Таблица 3.2 - Частота и динамика рождаемости в Южном регионе Казахстана (на 1000 родившихся живыми)

Область	2011 г	2013 г		2015 г		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	24,3	24,7	1,6	25,3	2,5	26,2	3,6
Жамбылская область	27,2	26,8	-1,6	25,7	-4,2	25,1	-2,5
КЗО	28,5	26,8	-5,7	25,9	-3,4	24,1	-6,9
ЮКО	30,6	29,6	-3,3	29,0	-1,9	27,2	-6,3
РК	22,5	22,7	1,0	22,7	-0,2	23,0	1,5

Таблица 3.3 - Динамика ранней явки беременных в женскую консультацию на 100 беременных

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	67,9	68,0	0,1	78,5	15,4	79,6	1,4
Жамбылская область	83,7	82,2	-1,8	87,1	6,0	88,2	1,3
КЗО	74,3	75,3	1,3	81,1	7,7	88,5	9,1
ЮКО	75,6	76,2	0,8	78,2	2,6	81,9	4,7
РК	75,1	75,5	0,5	79,2	4,9	82,4	4,0

Таблица 3.4 - Динамика частоты ранних токсикозов среди беременных на 100 беременных

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	1,9	2,05	7,9	2,2	7,3	2,0	-9,1
Жамбылская область	1,5	1,2	-20,0	0,9	-25,0	1,7	88,9
КЗО	0,8	1,1	37,5	1,4	27,3	1,6	14,3
ЮКО	2,2	2,1	-4,5	2	-4,8	2,1	5,0
РК	1,8	1,9	5,6	2,0	5,3	1,9	-5,0

Таблица 3.5 - Динамика частоты преэклампсии на 100 беременных

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	5,8	4,85	-16,4	3,9	-19,6	3,7	-5,1
Жамбылская область	8,1	7,1	-12,3	6,1	-14,1	4,6	-24,6
КЗО	11,1	8,25	-25,7	5,4	-34,5	13,3	146,3
ЮКО	1,3	1,5	15,4	1,7	13,3	2,7	58,8
РК	5,4	4,7	-13,0	4,0	-14,9	4,5	12,5

Таблица 3.6 - Динамика частоты болезней сердечно-сосудистой системы у беременных в ранние сроки беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,8	1,24	55,0	1,68	35,5	2,2	31,0
Жамбылская область	2,44	2,24	-8,2	2,04	-8,9	2,84	39,2
КЗО	1,12	0,82	-26,8	0,52	-36,6	1,28	146,2
ЮКО	1,0	1,12	12,0	1,24	10,7	2,56	106,5
РК	1,4	1,4	0,0	1,4	0,0	2,24	60,0

Таблица 3.7 - Динамика частоты сердечно-сосудистых заболеваний во второй половине беременности (100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	1,2	1,86	55,0	2,52	35,5	3,3	31,0
Жамбылская область	3,66	3,36	-8,2	3,06	-8,9	4,26	39,2
КЗО	1,68	1,23	-26,8	0,78	-36,6	1,92	146,2
ЮКО	1,5	1,68	12,0	1,86	10,7	3,84	106,5
РК	2,1	2,1	0,0	2,1	0,0	3,36	60,0

Таблица 3.8 - Динамика частоты системных заболеваний сердца, сосудов и суставов в ранние сроки беременности (100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,03	0,03	0,0	0,03	0,0	0,04	33,3
Жамбылская область	0,01	0,02	100,0	0,03	50,0	0,01	-66,7
КЗО	0,02	0,02	0,0	0,02	0,0	0,02	0,0
ЮКО	0,05	0,045	-10,0	0,04	-11,1	0,04	0,0
РК	0,04	0,035	-12,5	0,03	-14,3	0,04	33,3

Таблица 3.9 - Динамика частоты системных заболеваний сердца, сосудов и суставов во второй половине беременности (100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,03	0,03	0,0	0,03	0,0	0,04	33,3
Жамбылская область	0,01	0,02	100,0	0,03	50,0	0,01	-66,7
КЗО	0,02	0,02	0,0	0,02	0,0	0,02	0,0
ЮКО	0,05	0,045	-10,0	0,04	-11,1	0,04	0,0
РК	0,04	0,035	-12,5	0,03	-14,3	0,04	33,3

Таблица 3.10 - Динамика частоты болезней органов дыхания у беременных в ранние сроки беременности (100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,64	0,86	34,4	1,08	25,6	1,36	25,9
Жамбылская область	2,8	3,22	15,0	3,64	13,0	3,56	-2,2
КЗО	0,92	0,54	-41,3	0,16	-70,4	0,96	500,0
ЮКО	0,24	0,32	33,3	0,4	25,0	0,4	0,0
РК	1,28	1,28	0,0	1,28	0,0	1,4	9,4

Таблица 3.11 - Динамика частоты болезней органов дыхания у беременных во второй половине беременности (100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,96	1,29	34,4	1,62	25,6	2,04	25,9
Жамбылская область	4,2	4,83	15,0	5,46	13,0	5,34	-2,2
КЗО	1,38	0,81	-41,3	0,24	-70,4	1,44	500,0
ЮКО	0,36	0,48	33,3	0,6	25,0	0,6	0,0
РК	1,92	1,92	0,0	1,92	0,0	2,1	9,4

Таблица 3.12 - Динамика частоты болезней почек и мочевыводящих путей у беременных в ранние сроки беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	2,56	4,78	86,7	7,0	46,4	5,6	-20,0
Жамбылская область	19,32	14,6	-24,4	9,88	-32,3	6,52	-34,0
КЗО	8,92	6,46	-27,6	4,0	-38,1	8,28	107,0
ЮКО	3,2	3,74	16,9	4,28	14,4	4,68	9,3
РК	6,24	5,84	-6,4	5,44	-6,8	4,96	-8,8

Таблица 3.13 - Динамика частоты болезней почек и мочевыводящих путей у беременных во второй половине беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	3,8	7,15	88,2	10,5	46,9	8,4	-20,0
Жамбылская область	29,0	21,9	-24,5	14,8	-32,4	9,8	-33,8
КЗО	13,4	9,7	-27,6	6,0	-38,1	12,42	107,0
ЮКО	4,8	5,6	16,7	6,4	14,3	7,0	9,4
РК	9,4	8,8	-6,4	8,2	-6,8	7,4	-9,8

Таблица 3.14 - Динамика частоты болезней органов пищеварения в ранние сроки беременности (100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,24	0,46	91,7	0,68	47,8	0,32	-52,9
Жамбылская область	1,0	1,02	2,0	1,04	2,0	0,88	-15,4
КЗО	1,48	0,82	-44,6	0,16	-80,5	0,52	225,0
ЮКО	0,24	0,26	8,3	0,28	7,7	0,28	0,0
РК	0,72	0,72	0,0	0,72	0,0	0,76	5,6

Таблица 3.15 - Динамика частоты болезней органов пищеварения у беременных во второй половине беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,36	0,69	91,7	1,02	47,8	0,48	-52,9
Жамбылская область	1,5	1,53	2,0	1,56	2,0	1,32	-15,4
КЗО	2,22	1,23	-44,6	0,24	-80,5	0,78	225,0
ЮКО	0,36	0,39	8,3	0,42	7,7	0,42	0,0
РК	1,08	1,08	0,0	1,08	0,0	1,14	5,6

Таблица 3.16 - Динамика частоты эндокринных (в т.ч. сахарного диабета) в ранние сроки беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,84	0,5	-40,5	0,16	-68,0	1,04	550,0
Жамбылская область	3,64	2,98	-18,1	2,32	-22,1	2,92	25,9
КЗО	1,76	1,0	-43,2	0,24	-76,0	1,6	566,7
ЮКО	0,2	0,22	10,0	0,24	9,1	0,48	100,0
РК	1,92	1,7	-11,5	1,48	-12,9	1,68	13,5

Таблица 3.17 - Динамика частоты эндокринных (в т.ч. сахарного диабета) во второй половине беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	1,26	0,75	-40,5	0,24	-68,0	1,56	550,0
Жамбылская область	5,46	4,47	-18,1	3,48	-22,1	4,38	25,9
КЗО	2,64	1,5	-43,2	0,36	-76,0	2,4	566,7
ЮКО	0,3	0,33	10,0	0,36	9,1	0,72	100,0
РК	2,88	2,55	-11,5	2,22	-12,9	2,52	13,5

Таблица 3.18 - Динамика частоты нервно-психических расстройств и болезней у беременных в ранние сроки беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,12	0,12	0,0	0,12	0,0	0,12	0,0
Жамбылская область	0,48	0,56	16,7	0,64	14,3	0,68	6,3
КЗО	0,64	0,34	-46,9	0,04	-88,2	0,24	500,0
ЮКО	0,08	0,08	0,0	0,08	0,0	0,08	0,0
РК	0,24	0,24	0,0	0,24	0,0	0,28	16,7

Таблица 3.19 - Динамика частоты нервно-психических расстройств и болезней у беременных во второй половине беременности (на 100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,18	0,18	0,0	0,18	0,0	0,18	0,0
Жамбылская область	0,72	0,84	16,7	0,96	14,3	1,02	6,3
КЗО	0,96	0,78	-18,8	0,6	-23,1	0,36	-40,0
ЮКО	0,12	0,12	0,0	0,12	0,0	0,12	0,0
РК	0,36	0,36	0,0	0,36	0,0	0,42	16,7

Таблица 3.20 - Динамика частоты заблаговременной госпитализации беременных с высоким риском перинатальной патологии (на 100 нуждающихся беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	73,0	77,0	5,5	81,0	5,2	86,0	6,2
Жамбылская область	70,0	75,5	7,9	81,0	7,3	81,0	0,0
КЗО	71,0	75,0	5,6	79,0	5,3	82,0	3,8
ЮКО	69,0	71,5	3,6	74,0	3,5	83,0	12,2
РК	69,0	72,0	4,3	75,0	4,2	82,0	9,3

Таблица 3.21 - Динамика частоты невынашивания беременности (100 беременных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	13,8	10,6	-23,2	7,4	-30,2	17,9	141,9
Жамбылская область	19,2	19,85	3,4	20,5	3,3	20,3	-1,0
КЗО	8,9	7,65	-14,0	6,4	-16,3	13,3	107,8
ЮКО	11,0	11,25	2,3	11,5	2,2	14,1	22,6
РК	17,1	16,55	-3,2	16,0	-3,3	18,8	17,5

Таблица 3.22 - Динамика частоты преждевременных родов в городских родильных домах (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	4,9	5,3	7,1	5,6	6,7	5,7	1,8
Жамбылская область	7,6	7,8	2,6	8,0	2,6	4,0	-50,0
КЗО*	4,0	4,3	7,5	4,6	7,0	-	-
ЮКО	4,1	4,5	9,8	4,9	8,9	4,9	0,0
РК	5,5	5,5	0,0	5,5	0,0	5,1	-7,3

* в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.23 - Динамика частоты преждевременных родов в сельских родильных домах (отделениях) (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	7,5	5,9	-22,0	4,2	-28,2	9,1	116,7
Жамбылская область	6,0	6,4	5,8	6,7	5,5	7,4	10,4
КЗО	4,3	4,1	-5,8	3,8	-6,2	5,0	31,6
ЮКО	6,0	5,4	-10,8	4,7	-12,1	6,6	40,4
РК	6,1	5,6	-9,0	5,0	-9,9	7,1	42,0

Таблица 3.24 - Динамика частоты преждевременных родов в Перинатальных Центрах (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	16,3	16,9	3,4	17,4	3,3	15,1	-13,2
Жамбылская область	12,0	10,7	-10,8	9,4	-12,1	13,1	39,4
КЗО*	-	-	-	-	-	6,8	47,8
ЮКО	7,4	7,1	-4,1	6,8	-4,2	6,4	-5,9
РК	12,0	11,6	-3,3	11,2	-3,4	10,4	-7,1

*в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.25 – Динамика частоты акушерских кровотечений в родах, в раннем послеродовом периоде в сельских родильных домах (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,7	2,7	278,6	4,6	73,6	0,9	-80,4
Жамбылская область	0,9	1,1	22,2	1,3	18,2	0,3	-76,9
КЗО	1,0	0,6	-45,0	0,1	-81,8	0,5	400,0
ЮКО	2,5	2,0	-20,0	1,5	-25,0	1,7	13,3
РК	1,9	1,9	0,0	1,9	0,0	1,3	-31,6

Таблица 3.26 - Динамика частоты акушерских кровотечений в родах, в раннем послеродовом периоде в городских родильных домах (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,1	0,2	50,0	0,2	33,3	0,2	0,0
Жамбылская область	0,6	1,0	66,7	1,4	40,0	1,0	-28,6
КЗО*	0,9	1,1	16,7	1,2	14,3	-	-
ЮКО	1,7	1,3	-26,5	0,8	-36,0	1,2	50,0
РК	0,8	0,9	12,5	1,0	11,1	0,9	-10,0

* в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.27 - Динамика частоты акушерских кровотечений в родах, в раннем послеродовом периоде в перинатальных центрах (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	1,0	1,1	10,0	1,2	9,1	1,0	-16,7
Жамбылская область	0,7	1,3	85,7	1,9	46,2	2,1	10,5
КЗО*	-	-	-	-	-	1,7	41,7
ЮКО	1,5	1,6	6,7	1,7	6,3	1,5	-11,8
РК	1,1	1,35	22,7	1,6	18,5	1,6	0,0

*в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.28 – Динамика частоты кесарева сечения у беременных в родильных отделениях ЦРБ

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	7,7	9,4	22,1	11,1	18,1	13,8	24,3
Жамбылская область	6,5	6,1	-6,9	5,6	-7,4	5,6	0,0
КЗО	6,0	5,3	-12,5	4,5	-14,3	3,0	-33,3
ЮКО	5,4	5,9	9,3	6,4	8,5	8,1	26,6
РК	5,3	5,8	9,4	6,3	8,6	7,6	20,6

Таблица 3.29 - Динамика частоты кесарева сечения в городских родильных домах

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	13,4	14,6	9,0	15,8	8,2	17,2	8,9
Жамбылская область	13,5	14,8	9,3	16,0	8,5	18,0	12,5
КЗО*	16,4	18,0	9,5	19,5	8,6	-	-
ЮКО	11,3	7,7	-32,3	4,0	-47,7	9,6	140,0
РК	14,9	15,2	1,7	15,4	1,7	17,3	12,3

* в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.30 - Динамика частоты кесарева сечения в перинатальных центрах

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	38,0	38,6	1,4	39,1	1,4	41,8	6,9
Жамбылская область	22,0	23,0	4,5	24,0	4,3	31,1	29,6
КЗО*	-	-	-	-	-	23,7	21,5
ЮКО	16,2	16,4	1,2	16,6	1,2	17,6	6,0
РК	25,0	26,0	4,0	27,0	3,8	29,0	7,4

* в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.31 - Динамика частоты ампутаций и экстирпаций матки в городских родильных домах (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,4	0,3	-25,0	0,2	-33,3	0,6	200,0
Жамбылская область	0,1	0,15	50,0	0,2	33,3	0,1	-50,0
КЗО*	0,5	0,65	30,0	0,8	23,1	-	-
ЮКО	0,4	0,3	-25,0	0,2	-33,3	0,2	0,0
РК	0,3	0,25	-16,7	0,2	-20,0	0,3	50,0

* в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.32 - Динамика частоты ампутаций и экстирпаций матки в перинатальных центрах (на 100 госпитализированных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,4	0,5	25,0	0,6	20,0	0,2	-66,7
Жамбылская область	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	50,0
КЗО*	-	-	-	-	-	0,6	-25,0
ЮКО	0,4	0,3	-25,0	0,2	-33,3	0,2	0,0
РК	0,4	0,45	12,5	0,5	11,1	1,1	120,0

* в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 3.33 - Динамика показателя материнской смертности в Южном регионе РК (на 100 тысяч живорожденных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	19,0	5,1	-73,2	9,8	92,2	17,6	79,6
Жамбылская область	26,2	14,8	-43,5	3,8	-74,3	12,2	221,1
КЗО	15,7	10,6	-32,5	46,8	341,5	0,0	-100,0
ЮКО	19,4	12,8	-34,0	13,1	2,3	13,1	0,0
РК	17,4	13,1	-24,7	12,8	-2,3	12,5	-2,3

Таблица 3.34 – Динамика показателя материнской смертности в сельских поселениях Южного региона РК (на 100 тысяч живорожденных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	10,8	2,5	-76,9	4,9	96,0	13,3	171,4
Жамбылская область	14,9	11,1	-25,5	0	-100,0	0	0,0
КЗО	5,2	10,6	103,8	20,8	96,2	0	-100,0
ЮКО	9,0	7,7	-14,4	7,6	-1,3	7,3	-3,9
РК	6,8	6,9	1,5	6,8	-1,4	4,3	-36,8

Таблица 3.35 – Динамика показателя материнской смертности в городских поселениях Южного региона РК (на 100 тысяч живорожденных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	8,2	2,6	-68,3	4,9	88,5	4,3	-12,2
Жамбылская область	11,3	3,7	-67,3	3,8	2,7	12,2	221,1
КЗО	10,5	0	-100,0	26	26,0	0	-100,0
ЮКО	10,4	5,1	-51,0	5,5	7,8	5,8	5,5
РК	10,6	6,2	-41,5	6,0	-3,2	8,2	36,7

Таблица 3.36 – Динамика числа и доли случаев материнской смертности от кровотечений в Южном регионе РК

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	1-20%	0	-	1-14,3%	-	0	-
Жамбылская область	0	1-14,3%	-	0	-	0	-
КЗО	0	0	-	1-14,3%	-	0	-
ЮКО	1-20%	2-28,6%	50	0	-100	0	-
РК	5-100%	7-100%	40	7-100%	0	1-100%	

Таблица 3.37 – Динамика числа и доли случаев материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в Южном регионе РК

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	2-6,7%	0	-100	1-3,6%	100	2-8,3%	100
Жамбылская область	4-13,3%	2-13,3%	-50	2-7,1%	0	1-4,2%	-50
КЗО	1-3,3%	1-6,7%	0	5-17,9%	400	-	-100
ЮКО	7-23,3%	1-6,7%	-85,7	6-21,4%	500	5-20,8%	-16,7
РК	30-100%	15-100%	-50	28-100%	86,7	24-100%	-14,3

Таблица 3.38 - Динамика показателя перинатальной смертности в Южном регионе РК (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	12,6	12,9	2,4	12,0	-7,0	11,2	-6,7
Жамбылская область	14,4	15,3	6,3	11,1	-27,5	8,3	-25,2
КЗО	17,4	15,0	-13,8	14,3	-4,7	10,1	-29,4
ЮКО	16,2	16,2	0,0	15,1	-6,8	11,2	-25,8
РК	16,2	14,0	-13,6	12,5	-10,7	9,3	-25,6

Таблица 3.39 – Динамика показателя антенатальной смертности в Южном регионе РК (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	5,7	6,6	15,8	7,0	6,1	8,8	25,7
Жамбылская область	6,4	7,6	18,8	5,9	-22,4	5,6	-5,1
КЗО	8,4	9,7	15,5	10	3,1	9,0	-10,0
ЮКО	9,9	8,5	-14,1	8,4	-1,2	7,7	-8,3
РК	8,2	8,0	-2,4	7,7	-3,8	7,9	2,6

Таблица 3.40 - Динамика показателя интранатальной смертности плода в Южном регионе РК (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,6	0,8	33,3	0,5	-37,5	0,4	-20,0
Жамбылская область	0,8	0,6	-25,0	0,8	33,3	0,9	12,5
КЗО	0,7	0,1	-85,7	0,5	400,0	0,9	80,0
ЮКО	1,5	2,9	93,3	3,7	27,6	4,6	24,3
РК	1,1	1,2	9,1	1,3	8,3	1,4	7,7

Таблица 3.41 - Динамика показателя РНС новорожденных в Южном регионе РК (на 1000 родившихся живыми)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	6,4	5,7	-10,9	4,6	-19,3	3,2	-30,4
Жамбылская область	7,3	7,2	-1,4	4,4	-38,9	2,6	-40,9
КЗО	8,4	5,4	-35,7	4	-25,9	2,3	-42,5
ЮКО	7,2	4,9	-31,9	3,8	-22,4	2,4	-36,8
РК	7,1	4,9	-31,0	3,7	-24,5	2,7	-27,0

Таблица 3.42 - Динамика и частота РНС от дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений в Южном регионе РК (на 1000 родившихся живыми)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	3,7	3,3	-10,8	2,6	-21,2	2,1	-19,2
Жамбылская область	4,6	4,6	0,0	1,9	-58,7	1,9	0,0
КЗО	4,7	2,7	-42,6	1,9	-29,6	2,0	5,3
ЮКО	4,4	3,5	-20,5	2,5	-28,6	1,9	-24,0
РК	4,3	3,0	-30,2	2,2	-26,7	1,9	-13,6

Таблица 3.43 - Динамика и частота РНС от инфекционных болезней в Южном регионе РК на 1000 родившихся живыми)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,3	0,2	-33,3	0,3	50,0	0,2	-33,3
Жамбылская область	0,1	0,3	200,0	0,1	-66,7	0,1	0,0
КЗО	0,7	0,2	-71,4	0,2	0,0	0,2	0,0
ЮКО	0,3	0,1	-66,7	0,1	0,0	0,1	0,0
РК	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	-33,3

Таблица 3.44 - Динамика показателя РНС от врожденных пороков развития в Южном регионе РК (на 1000 новорожденных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	3,3	1,5	-54,5	3,5	133,3	0,58	-83,4
Жамбылская область	3,9	3,8	-2,6	4,3	13,2	1,47	-65,8
КЗО	4,6	4	-13,0	3,1	-22,5	0,97	-68,7
ЮКО	3,6	2,9	-19,4	3,4	17,2	0,55	-83,8
РК	4,4	3,2	-27,3	3,5	9,4	0,9	-74,3

Таблица 3.45 - Динамика и частота хромосомных аномалий в Южном регионе РК (на 1000 новорожденных)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	0,63	1,2	90,5	0,53	-55,8	0,48	-9,4
Жамбылская область	0,89	0,94	5,6	1,01	7,4	1,39	37,6
КЗО	0,88	0,5	-43,2	1,15	130,0	1,02	-11,3
ЮКО	0,61	0,37	-39,3	0,68	83,8	0,68	0,0
РК	0,87	0,68	-21,8	0,79	16,2	0,86	8,9

Таблица 4.46 - Динамика обеспеченности сельского населения врачами акушерами-гинекологами (на 10 тысяч населения)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,9	-10,0
Жамбылская область	1,3	1,2	-7,7	1,1	-8,3	1	-9,1
КЗО	1,3	1,2	-7,7	1,1	-8,3	1,1	0,0
ЮКО	1,4	1,4	-3,6	1,3	-3,7	1,2	-7,7
РК	1,1	1,1	-4,5	1,0	-4,8	0,9	-10,0

Таблица 4.47 - Динамика обеспеченности городского населения врачами акушерами-гинекологами (на 10 тысяч населения)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	3,1	3,2	3,2	3,3	3,1	3,5	6,1
Жамбылская область	4,0	3,9	-3,8	3,7	-3,9	3,7	0,0
КЗО	3,8	4,0	5,3	4,2	5,0	3,6	-14,3
ЮКО	5,5	5,2	-5,5	4,9	-5,8	4,2	-14,3
РК	4,3	4,3	-1,2	4,2	-1,2	4,2	0,0

Таблица 4.48 - Динамика обеспеченности всего населения (городского и сельского) области врачами акушерами-гинекологами (на 10 тысяч населения)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	1,5	1,55	3,3	1,6	3,2	1,5	-6,3
Жамбылская область	2,4	2,3	-4,2	2,2	-4,3	2,1	-4,5
КЗО	2,4	2,45	2,1	2,5	2,0	2,2	-12,0
ЮКО	3	2,95	-1,7	2,9	-1,7	2,5	-13,8
РК	2,8	2,8	0,0	2,8	0,0	2,8	0,0

Таблица 4.49 - Динамика обеспеченности сельского населения врачами неонатологами (на 10 тысяч населения)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	2,6	2,6	0,0	2,6	0,0	2,1	-19,2
Жамбылская область	2,1	2,0	-7,1	1,8	-7,7	1,2	-33,3
КЗО	2,4	2,0	-16,7	1,6	-20,0	0,9	-43,8
ЮКО	2,3	2,0	-13,0	1,7	-15,0	1,4	-17,6
РК	2,3	2,1	-10,9	1,8	-12,2	1,4	-22,2

Таблица 4.50 - Динамика обеспеченности городского населения врачами неонатологами (на 10 тысяч населения)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	4,4	4,6	4,5	4,8	4,3	4,9	2,1
Жамбылская область	6,0	5,6	-6,7	5,2	-7,1	4,9	-5,8
КЗО	5,3	5,95	12,3	6,6	10,9	5,1	-22,7
ЮКО	6,8	6,15	-9,6	5,5	-10,6	5,3	-3,6
РК	5,4	5,2	-3,7	5,0	-3,8	4,3	-14,0

Таблица 4.51 - Динамика обеспеченности всего населения врачами неонатологами (на 10 тысяч населения)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	3,1	3,1	0,0	3,1	0,0	2,8	-9,7
Жамбылская область	3,7	3,45	-6,8	3,2	-7,2	2,7	-15,6
КЗО	3,6	3,7	2,8	3,8	2,7	2,8	-26,3
ЮКО	4,0	3,7	-7,5	3,4	-8,1	3,2	-5,9
РК	3,9	3,75	-3,8	3,6	-4,0	3,0	-16,7

Таблица 4.52 - Динамика укомплектованности перинатальных центров врачами акушерами-гинекологами в %

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	80,0	77,5	-3,1	75,0	-3,2	67,0	-10,7
Жамбылская область	99,0	98,0	-1,0	97,0	-1,0	72,0	-25,8
КЗО*	-	-	-	-	-	80,0	
ЮКО	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
РК	95,0	94,0	-1,1	93,0	-1,1	83,0	-10,8

*в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 4.53 - Динамика укомплектованности перинатальных центров врачами-неонатологами в %

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	64,5	67,1	4,0	69,6	3,8	71,4	2,6
Жамбылская область	50,0	50,0	0,0	50,0	0,0	67,0	34,0
КЗО*	-	-	-	-		85,0	
ЮКО	12,5	12,5	0,0	12,5	0,0	12,8	2,4
РК	48,0	49,0	2,1	50,0	2,0	57,0	14,0

*в 2016 году городской роддом вошел в состав вновь созданного ОПЦ

Таблица 4.54 - Динамика обеспеченности акушерскими койками в Южном регионе РК (на 10 тысяч населения)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	23,0	21,8	-5,4	20,5	-5,7	20,3	-1,0
Жамбылская область	24,1	22,1	-8,3	20,1	-9,0	19,9	-1,0
КЗО	27,5	26,6	-3,5	25,6	-3,6	23,5	-8,2
ЮКО	21,6	20,9	-3,5	20,1	-3,6	19,1	-5,0
РК	25,0	23,8	-4,8	22,6	-5,0	24,2	7,1

Таблица 4.55 - Динамика обеспеченности оборудованием в Южном регионе РК (в %)

Область	2011 г	2013 г		2015		2017 г	
		Показатель	Темп прироста к 2011 г в %	Показатель	Темп прироста к 2013 г в %	Показатель	Темп прироста к 2015 г в %
Алматинская область	68,5	69,4	1,3	70,3	1,3	75,5	7,4
Жамбылская область	64,9	66,3	2,2	67,7	2,1	69,9	3,2
КЗО	70,1	71,15	1,5	72,2	1,5	77,1	6,8
ЮКО	52,3	52,75	0,9	53,2	0,9	54,4	2,3
РК	65,4	66,7	2,0	68,0	1,9	69,5	2,2

ПРИЛОЖЕНИЕ В

«ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫ
ӘКІМДІГІНІң ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ»
КОММУНАЛДЫҚ
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІ



КОММУНАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «УПРАВЛЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКИМАТА
ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ»

080012, Тарз қаласы, Желтоксан көшесі, 78 үй
төл: (7262) 43-36-36, факс: (7262) 43-75-77
e-mail: uzo_zhambyl@mail.ru

080012, город Тарз, улица Желтоксан, 78
тел: (7262) 43-36-36, факс: (7262) 43-75-77
e-mail: uzo_zhambyl@mail.ru

No 1568
24.08.2018г.

АКТ внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: «Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д.

Эффективность внедрения – медико-социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности).

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г.

Председатель комиссии

М.Джуманкулов

Члены

Ж.Исаева

Исполнитель

Д.Мирзахметова

002229

Отсканировано ТОО «Графика-И». Заявление № 03025 от 31 июля 2016 года.

Мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
Алматы қаласы Денсаулық сактау
басқармасының «№ 5 Қалалық
клиникалық аурұхана» шаруашылық
жүргізу құқығына



Управление здравоохранения
города Алматы
Государственное коммунальное
предприятие «Городская клиническая
больница №5» на праве хозяйственного
ведения

050051, Алматы қаласы, Достық даңғылы, 220
тел./факс: 8 (727) 264-75-54.
gkb5 gkb5@gmail.com

050051, город Алматы, проспект Достык, 220
тел./факс: 8 (727) 264-75-54.
gkb5 gkb5@gmail.com

07.12.2018 № 1362

Г

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 1 «Совершенствование амбулаторно - поликлинической помощи беременным».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Срок внедрения: 2018г
Председатель комиссии
Главный врач ГКБ 5

Садыков Б.Н.

Члены:
(ответственные за внедрение)

Амиролов Д.К.

Исполнитель:

Д.Мирзахметова 02621



ТОО "NV-Service"

ALMATY QALASY QOĞAMDYQ
DENSAÝLYQ BAŞQARMASY
SHARYASHYLYQ JURGIZY QUQYQYNDÄĞY
"QALALYQ PERINATALDYQ
ORTALYQ"
MEMLEKETTİK KOMMÝNALDYQ KÄSIPORNY



ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ
“ГОРОДСКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР”
НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ ГОРОДА АЛМАТЫ

050062, Almaty galaxy, Jubanov kóshesi, 11
tel. +7-727-238-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

050062, гироз Алматы, ул.Жубанова, 11
тел. +7-727-238-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

№ 392
14.05.2019

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 1 «Совершенствование амбулаторно - поликлинической помощи беременным».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса, подготовка на рабочем месте.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ГПЦ

М.К.Шарипбаева

Члены:
(ответственные за внедрение)

Г.С.Сарсенбаева

Исполнитель:
Докторант ВШОЗ

Д. Д.Мирзахметова

000123

**“АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САКТАУ БАСКАРМАСЫ”
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІң
ШАРУАЩЫЛЫҚ ЖУРГЕЗУ
КУҚЫГЫНДАҒЫ “ОБЛЫСТЫҚ
ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚ”
МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ
КЭССОРНЫ**

040000, Алматы облысы, Талдыкорган қаласы,
Карғы мекемесінің әдмін., тел.: 8 (7282) 21-90-96,
БСН 000746002239, Е-mail: perinatal.tald@mail.ru



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
“ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР” ГОСУДАРСТВЕННОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ “УПРАВЛЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ”**

040000, Алматинская область, город Талдыкорган,
мкрорайон Каратау, тел.: 8 (7282) 21-90-96,
БСН 000740002239, Е-mail: perinatal.tald@mail.ru

21.09.2016 № 800

**АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы**

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок I «Совершенствование амбулаторно - поликлинической помощи беременным».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение – рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ОПЦ

М.П.

К.Жумашев

Члены:
(ответственные за внедрение)

А.Терюбаева

А.Терюбаева

Исполнитель:

Д.Мирзахметова

Д.Мирзахметова

000468

ALMATY QALASY QOGAMDYQ
DENSAÝLYQ BASQARMASY
SHARYASHYLYQ JÜRGIZÝ QUQYGYNDÁGÝ
“QALALYQ PERINATALDYQ
ORTALYQ”
MEMLEKETTİK KOMMÝNALDYQ KÁSIPORNY



ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ
“ГОРОДСКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР”
НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ ГОРОДА АЛМАТА

050062, Almaty qalasy, Juhanov kóshesi, 11
tel. +7-727-128-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

050062, город Алматы, ул.Жубанова, 11
тел. +7-727-128-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

393

14.05.2019

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 2 «Развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса, подготовка на рабочем месте.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ГПЦ



М.К.Шарипбаева

Члены:
(ответственные за внедрение)

Г.С.Сарсенбаева

Исполнитель:
Докторант ВШОЗ

Мирзахметова Д. Д. Мирзахметова
000124

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ

«Облыстық перинаталдық орталығы»
шаруашылық жүргізу құрылышындағы
коммуналдық мемлекеттік
кәсіпорны



УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Коммунальное
государственное предприятие
на праве хозяйственного ведения
«Областной перинатальный центр»

120008, Қызылорда қаласы, С.Бейбарыс көпесі, 12
тел.: 21-48-29, 21-46-40
e-mail: opc_korda@med.mail.kz

120008, г. Кызылорда, ул.С.Бейбарыс, 12
тел.: 21-48-29, 21-46-40
e-mail: opc_korda@med.mail.kz

10.12.2018 № 1271

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 2 «Развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения - медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ОПЦ

м.п.

Г.Х. Жумашева

Члены:
(ответственные за внедрение)

Ж.Ж.К.А.

А.М. Пиржанова

Исполнитель:

Д.Мирзахметова

**“АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САКТАУ БАСКАРМАСЫ”
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІң
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖУРГІЗУ
КҮҚЫҒЫНДАҒЫ “ОБЛЫСТЫҚ
ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚ”
МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ
КОСПОРНЫ**

040000, Ақтөбек облысы, Таңымаған ауданы,
Каратау маңындағы, тел.: 8 (7262) 21-90-96,
БИН 000740002239, Е-mail: perinatal.tulip@mail.ru



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
“ОБЛАСТНИЙ ПЕРИНАТАЛНЫЙ
ЦЕНТР” ГОСУДАРСТВЕННОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ “УПРАВЛЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ”**

040000, Ақтөбек облысы, город Таңымаған,
микрорайон Каратау, тел.: 8 (7262) 21-90-96,
БИН 000740002239, Е-mail: perinatal.tulip@mail.ru

21.09.2018 № 801

**АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы**

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 2 «Развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение – рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ОПЦ

М.п.

Д. М.з.

К.Жумашев

Члены:
(ответственные за внедрение)

А.Тертибаева

Исполнитель:

Д.Мирзахметова

000469

**«ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫ
ӘКІМДІГІНДЕН САУЛАУЫҚ
САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ
ЖАМБЫЛ ОБЛЫСТЫҚ
КОП БЕЙНІДІ АУРУХАНАСЫ»
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖУРГІЗУ
ҚҰҚЫГЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК
КОММУНАЛДЫҚ КЕСІСПОРНЫ**

080002, Тарз қаласы, Айтыс көнең, 2
Тел: 8(7262) 45-64-08
E-mail: zhomb@inbox.ru



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ
КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
«ЖАМБЫЛСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА
УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АКИМАТА ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ»**

080002, город Тарз, ул. Айтбека, 2
Тел: 8(7262) 45-64-08
E-mail: zhomb@inbox.ru

№ 2048
18. 09. 2020

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 2 «Развитие стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на поискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения - медико-социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи - снижение перинатальной и материнской смертности).

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии

главный врач Нуржанов А.К.

Члены:

(ответственные за внедрение)



Жапаркулова Ш.О.

Исполнитель:

Мирзахметова

Д.Мирзахметова

0 0 0 0 4 3

Документография 1013-График-01_Эк_Сертификаты_01_080024 от 31.08.2016 года

ALMATY QALASY QOGAMDYQ
DENSAILYQ BASQARMASY
SHARYASHLYQ JURGIZY QUQYGYNDAQY
"QALALYQ PERINATALDYQ"
ORTALYQ"
MEMLEKETTICK KOMMÝNALDYQ KÁSIPORNY



ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ
“ГОРОДСКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР”
НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ ГОРОДА АЛМАТЫ

050062, Almaty qalasy, Juhasov kishesi, 11
tel. +7-727-230-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

050062, город Алматы, ул.Жубанова, 11
тел. +7-727-230-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

399

14.05.2019

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 3 «Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса, подготовка на рабочем месте.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной и материнской смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ГПЦ

Члены:
(ответственные за внедрение)



М.К.Шарипбаева

Г.С.Сарсенбаева

Исполнитель:
Докторант ВШОЗ

Д. Д.Мирзахметова

000125

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНЫҢ
ДЕҢСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ

«Облыстық перинаталдық орталығы»
шаруашылық жүргізу күргүшіндағы
коммуналдық мемлекеттік
кәсіпорны



УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Коммунальное
государственное предприятие
на праве хозяйственного ведения
«Областной перинатальный центр»

120008, Қызылорда қаласы, С.Бейбарыс көпесі, 12
тел.: 21-48-29, 21-46-40
e-mail: opc_korda@med.mail.kz

120008, г. Кызылорда, ул.С.Бейбарыс, 12
тел.: 21-48-29, 21-46-40
e-mail: opc_korda@med.mail.kz

10.12.2018 № 1265

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 3 «Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д.

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ОПЦ



Ал
м.п.

Г.Х. Жумашева

Члены:
(ответственные за внедрение)

Айнур

А.М. Пиржанова

Исполнитель:

Д.Мирзахметова

“АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САКТАУ БАСҚАРМАСЫ”
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІЦ
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖУРГІЗУ
КҮКҮРГҮНДАҒЫ “ОБЛЫСТЫҚ
ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРГАЛЫҚ”
МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ
КОСПОРНЫ

040000, Алматы облысы, Таразқорған қаласы,
Каратаев мкрнны 4-алыны, тел.: 8 (7282) 21-90-96,
БИН 000740002239, Е-mail: personal.msi@gmail.ru



ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
“ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР” ГОСУДАРСТВЕННОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ “УПРАВЛЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ”

040000, Алматинская область, город Талдыкорган,
мкрнрайон Каратаев, тел.: 8 (7282) 21-90-96,
БИН 000740002239, E-mail: perinataltdk@mail.ru

21.09.2018 № 801

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 3 «Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д.

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной смертности)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ОПЦ



Д. М. /-

К.Жумашев

М.П.

Члены:
(ответственные за внедрение)

А.Тертибаева

А.Тертибаева

Исполнитель:

Д.Мирзахметова

Д.Мирзахметова

000470

ТУРКІСТАН ОБЛЫСТЫҚ
КОГАМДЫҚ САҚТАУ
БАСҚАРМАСЫ
ШБҚК «АЗОБ.ОЛЫСТЫҚ
ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚ» МҚҚ



УПРАВЛЕНИЕ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ гкг
на ПХВ «ОБЛАСТНОЙ
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР №3»

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Модель инновационного развития перинатальной помощи в Южном регионе, блок 3 «Повышение клинической эффективности неонатальной помощи новорожденным».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная (улучшение индикаторов перинатальной помощи – снижение перинатальной смертности).

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г.

Председатель комиссии

Н.Махмутов

Члены:
(ответственные за внедрение)

А. Аязбеков

Исполнитель:

Д.Мирзахметова

Главный врач

Н.Махмутов

Мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
Алматы қаласы Денсаулық сактау
басқармасының № 5 Қалалық
клиникалық аурұхана» шаруашылық
жүргізу күкігінә



Управление здравоохранения
города Алматы
Государственное коммунальное
предприятие «Городская клиническая
больница №5» на праве хозяйственного
ведения

050051, Алматы қаласы, Достық даңғылы, 220
тел./факс: 8 (727) 264-75-54.
gkh5 gkh5@gmail.com

050051, город Алматы, проспект Достык, 220
тел./факс: 8 (727) 264-75-54.
gkh5 gkh5@gmail.com

07.12. 2018 № 1324

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: «Актуализация Регистра беременных и женщин fertильного возраста».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на поискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная (получение объективных статистических данных)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г
Председатель комиссии
Главный врач ГКБ 5

Садыков Б.Н.

Члены:
(ответственные за внедрение)

Амироп Д.К.

Исполнитель:

Д.Мирзахметова



02620

ТОО "NV-Service"

ТУРКІСТАН ОБЛЫСТЫҚ
ҚОҒАМДЫҚ САКТАУ
БАСҚАРМАСЫ
ШЖК «№3 ОБЛЫСТЫҚ
ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚ» МҚҚ



УПРАВЛЕНИЕ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ гкг
на ПХВ «ОБЛАСТНОЙ
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР №3»

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: «Актуализация Регистра беременных и женщин фертильного возраста».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Иновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д.

Эффективность внедрения – медико-социальная (получение объективных статистических данных)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение – рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г.

Председатель комиссии

Н.Махмутов

Члены:

А. Аязбеков

(ответственные за внедрение)

Д.Мирзахметова

Исполнитель:

Н.Махмутов

Главный врач

«ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫ
ӘКІМДІГІНДІ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ
ЖАМБЫЛ ОБЛЫСТЫҚ
КОӨ БЕЙІНДІ АУРУХАНАСЫ»
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖУРГІЗУ
ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК
КОММУНАЛДЫҚ КЭСПОРНЫ

080002, Тараз қаласы, Айтын көшесі, 2
Тел: 8(7262) 45-64-08
E-mail: zhomb@inbox.ru



ГОСУДАРСТВЕННОЕ
КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
«ЖАМБЫЛСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА
УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АКИМАТА ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ»

080002, город Тараз , ул. Айтназ , 2
Тел: 8(7262) 45-64-08
E-mail: zhomb@inbox.ru

№ 0049
18. 09. 2020

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: «Внедрение пренатального скрининга на презкламсию».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Иновационное развитие инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д..

Эффективность внедрения – медико-социальная (выявление беременных группы риска по развитию преэклампсии и профилактика)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение – рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях.

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии

главный врач Нуржанов А.К.

Члены:

(ответственные за внедрение)

Жапаркулова Ш.О.



Исполнитель:

Д.Мирзахметова

0 0 0 0 4 2

Сканограмма TDU «График-Он» Ltd. Серия AL № 00001 от 31.03.2008 года

«АКУШЕРЛІК, ГИНЕКОЛОГИЯ ЖӘНЕ
ПЕРИНАТОЛОГИЯ ГЫЛЫМЫ ОРТАЛЫГЫ»
АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ



АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ»

050020, Алматы көлесі, Достык линиясы, 125
Тел.: 8 (727) 387-08-87, факс: 8 (727) 300-45-07
E-mail: micozmir_50@mail.kz
E-mail: micozmir_50@med_mail.kz

050020, г. Алматы, пр. Достык 125,
Тел.: 8 (727) 387-08-87, факс: 8 (727) 300-45-07
E-mail: micozmir_50@mail.kz
E-mail: micozmir_50@med_mail.kz

04.12.2018 № 05/435

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: «Внедрение пренатального скрининга на преэкламсию».

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса, подготовка на рабочем месте.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д., доцент кафедры неонатологии КазНМУ Алтынбаева Г.Б.

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (выявление беременных группы риска по развитию преэклампсии и профилактика)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение
- рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии

Заместитель председателя Правления
по клинической и инновационной
деятельности, д.м.н.

А.Р.Аимбетова

Члены:

(ответственные за внедрение)
Заведующая отделения РМГК, д.м.н.

Г.С.Святова

Исполнители:

Докторант ВШОЗ

Мирзахметова

Д.Д.Мирзахметова

Доцент кафедры
Неонатологии КазНМУ

Алтынбаева

Г.Б.Алтынбаева

000971



050062, Almaty qalasy, Jubayev kishesi, 11
tel. +7-727-238-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

050062, город Алматы, ул.Жубанова, 11
тел. +7-727-238-17-91
perinatal.almaty@mail.ru

№ 1298
06.12.2018

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Схема введения витамина К (фитоменадион) для профилактики геморрагического синдрома у новорожденных с риском реализации неонатальной инфекции.

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса, подготовка на рабочем месте.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д., доцент кафедры неонатологии КазНМУ Алтынбаева Г.Б.

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (повышение выживаемости новорожденных с риском реализации неонатальной инфекции)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях
Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии
Директор ГПЦ


М.К.Шарипбаева

Члены:
(ответственные за внедрение)


Г.С.Сарсенбаева

Исполнители:
Докторант ВШОЗ


Д. Д.Мирзахметова

Доцент кафедры
Неонатологии КазНМУ


Г.Б.Алтынбаева
000126



050020, Алматы қаласы, Достык даңызыны, 125
Тел.: 8 (727) 387-08-87, факс: 8 (727) 300-45-07
E-mail: micozmir_50@mail.kz
E-mail: micozmir_50@med.mail.kz

050020, г. Алматы; пр. Достык 125,
Тел.: 8 (727) 387-08-87, факс: 8 (727) 300-45-07
E-mail: micozmir_50@mail.kz
E-mail: micozmir_50@med.mail.kz

09.02.2019 № 00/17.

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы

Наименование предложения: Схема введения витамина К (фитоменадион) для профилактики геморрагического синдрома у новорожденных с риском реализации неонатальной инфекции.

Работа включена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора PhD «Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан».

Форма внедрения - проведение семинара, мастер класса, подготовка на рабочем месте.

Ответственный за внедрение и исполнитель - докторант ВШОЗ, врач акушер-гинеколог высшей категории Мирзахметова Д.Д., доцент кафедры неонатологии КазНМУ Алтынбаева Г.Б.

Эффективность внедрения – медико-социальная социальная (повышение выживаемости новорожденных с риском реализации неонатальной инфекции)

Предложение, замечания учреждения осуществляющего внедрение - рекомендуется внедрить во всех родовспомогательных учреждениях

Срок внедрения: 2018г

Председатель комиссии

Заместитель председателя Правления
по клинической и инновационной
деятельности, д.м.н.

А.Р.Аимбетова

Члены:

(ответственные за внедрение)
Заведующая отделения интенсивной
терапии новорожденных

Г.Р.Байтанаева

Исполнители:

Докторант ВШОЗ

Д.Д.Мирзахметова

Доцент кафедры
Неонатологии КазНМУ

Г.Б.Алтынбаева

000970

ПРИЛОЖЕНИЕ Г













Дата поступления 16.10.2020	(85) Дата перевода международной заявки на национальную фазу	(21) Регистрационный № 2020/0718.1	(22) Дата подачи 16.10.2020
<input type="checkbox"/> (86) регистрационный номер международной заявки и дата международной подачи, установленные получившим ведомством <input type="checkbox"/> (87) номер и дата международной публикации международной заявки <input type="checkbox"/> (96) номер евразийской заявки и дата подачи заявки, установленные получившим ведомством <input type="checkbox"/> (97) номер и дата публикации евразийской заявки			
<p style="text-align: center;">ЗАЯВЛЕНИЕ о выдаче патента Республики Казахстан на изобретение</p>			
Представляя указанные ниже документы, прошу (просим) выдать патент Республики Казахстан на изобретение на имя заявителя(ей)		Код страны по стандарту ВОИС СТ.3 (если он установлен) KZ KZ	
(71) Заявитель(и): 1. МИРЗАХМЕТОВА ДИНАРА ДОСАЛЬЕВНА (мкр Самал-2 д.36 кв15, Алматы, 050051) 2. АЛТЫНБАЕВА ГУЛЬМИРА БЕКНАЗАРОВНА (ул Сауранбасова д. 16/2 кв5, Алматы, 050011) <small>(указывается полное имя или наименование и местожительство или местонахождение. Данные о местожительстве авторов-изобретателей прописаны в графе, рядом с графой с идом (72)</small>			
<small>Заполняется только при испрашивании приоритета по дате, более ранней, чем дата подачи заявки в РГП «Национальный институт интеллектуальной собственности»</small>			
Прошу (просим) установить приоритет изобретения по дате: <input type="checkbox"/> подачи первой(ых) заявки(ок) в государстве-участнике Парижской конвенции (пунктом 2 статьи 20 Закона) <input type="checkbox"/> подачи более ранней заявки в РГП «Национальный институт интеллектуальной собственности» в соответствии с пунктом 4 статьи 20 Закона <input type="checkbox"/> подачи первоначальной заявки в РГП «Национальный институт интеллектуальной собственности» в соответствии с пунктом 5 статьи 20 Закона <small>приоритета первоначальной заявки (пунктом 5 статьи 20 Закона) (номер заявки , дата подачи)</small> <input type="checkbox"/> поступления дополнительных материалов к более ранней заявке (пунктом 3 статьи 20 Закона)			
(31) № первой, более ранней, первоначальной заявки	(32) Дата испрашиваемого приоритета	(33) Код страны подача по СТ.3 (при испрашивании конвенционного приоритета)	
(54) Название изобретения <small>Фармакологическая эффективность применения витамина К1 (фитоменадион) новорожденным для профилактики геморрагического синдрома с риском развития неонатальной инфекции Неонаталдық инфекцияның дауында бар геморрагиялық синдромның алдын алу үшін нарестелерге К1 (фитоменадион) витаминін колданудын фармакологиялық тәмдидігі</small>			
Адрес для переписки (полный почтовый адрес и имя адресата) МИРЗАХМЕТОВА ДИНАРА ДОСАЛЬЕВНА, мкр Самал-2 д.36 кв15, Алматы, Республика Казахстан, 050051 Телефон: 87018082211 Мобильный тел. 87015597871 Факс: Адрес электронной почты d.mirzakhmetova@mail.ru			
(74) Патентный поверенный (полное имя, регистрационный номер) или представитель заявителя(ей) (полное имя или наименование)			

Перечень прилагаемых документов	Количество листов в 1 экземпляре	Количество экземпляров
<input type="checkbox"/> приложение к заявлению		
<input checked="" type="checkbox"/> описание изобретения	8	1
<input checked="" type="checkbox"/> формула изобретения	1	1
<input type="checkbox"/> чертеж(и) и иные материалы		
<input checked="" type="checkbox"/> реферат	1	1
<input checked="" type="checkbox"/> документ об оплате подачи заявки	1	1
<input type="checkbox"/> документ, подтверждающий наличие оснований для уменьшения размера оплаты		
<input type="checkbox"/> копия(я) первой(ых) заявки(ок) (при испрашивании компенсационного приоритета)		
<input type="checkbox"/> документы заявки на иностранном языке		
<input type="checkbox"/> доверенность, удостоверяющая полномочия патентного поверенного или представителя		
<input type="checkbox"/> другой документ (указать)		
<i>(место для штампа РГП «Национальный институт интеллектуальной собственности»)</i>		
№ фигуры чертежей, предлагаемой для публикации с формулой(рефератом)		
(72) Автор(ы) (указывается полное имя)	Полный почтовый адрес местожительства, включая наименование страны и ее код по стандарту ВОИС СТ.3, если он установлен	
1. МИРЗАХМЕТОВА ДИНАРА ДОСАЛЫЕВНА	мкр Самал-2 д.36 кв15, Алматы, КZ, 050051	
2. АЛТЫНБАЕВА ГУЛЬМИРА БЕКНАЗАРОВНА	ул Сауранбаева д. 16/2 кв5, Алматы, КZ, 050011	
Я (мы) прошу (просим) не упоминать меня (нас) как автора(ов) при публикации сведений о выдаче патента на изобретение		
Подпись(и) автора(ов):		
Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащуюся в информационных системах		
Подпись 16.10.2020	Подписание с помощью ЭЦП. АЛТЫНБАЕВА ГУЛЬМИРА Роль (Заявитель, Автор)	
Подпись(и) заявителя(ей), (при подписании от имени юридического лица подпись руководителя скрепляется печатью)		



КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ
САКТАУ МИНИСТЕРЛІГІНІҢ «ДЕНСАУЛЫҚ
САКТАУДЫ ДАМЫТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ОРТАЛЫҚ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖУРГІЗУ
КУКЫГЫНДАҒЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
МЕМЛЕКЕТТІК КӘСПОРЫНЫ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО
ВЕДЕНИЯ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

010000, Нур-Сұлтан қаласы, Иманов к-сі, 13
төл.: + (7172) 70-09-80, +7 (7172) 70-09-75
E-mail: office@rcrz.kz

25. 11.2020 № 1359

010000, город Нур-Султан, ул. Иманова 13
т.т.: + (7172) 70-09-80, +7 (7172) 70-09-75
E-mail: office@rcrz.kz

Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан подтверждает, что менеджер здравоохранения высшей категории, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории **Мирзахметова Динара Досалыевна** действительно является разработчиком проекта Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, впоследствии утвержденного приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организаций оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан» с регистрацией в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 мая 2018 года под № 16854.

Генеральный директор

К.Тосекбаев

008686