

**М**ЕДИЦИНА



**ИСКАНДАРОВА Ш.Т., НАЗАРОВА С.К.,  
КУРБАНОВ Б.Б.**

# **ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН**

**Учебное пособие**

**Ташкент – 2021**

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ИСКАНДАРОВА Ш.Т., НАЗАРОВА С.К., КУРБАНОВ Б.Б.**

**Область знаний – Социальное обеспечение  
и здравоохранение – 500 000**

**Область образований - Здравоохранение- 510 000**

**Учебное пособие**

# **ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН**

**ПО ПРЕДМЕТУ  
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, БИОСТАТИСТИКА»**

**для направления образования -**

**5510200 – «Педиатрическое дело»**

**5111000 – «Профессиональное образование»**

**5510100 – «Лечебное дело»**

**Ташкент – 2021**

**UDK: 452.21.632**

**КБК: 42.2(Ўзб)**

Охрана здоровья женщин в нашей стране находится под руководством государственной политики проводимой в области реформирования здравоохранения и является составной частью мероприятий по охране здоровья народа.

Важным фактором решения вопроса охраны здоровья женщин служит один из ведущих принципов, - это проведение социальной политики, направленной на создание условий для оказания квалифицированной медицинской помощи женщинам.

Данное учебное пособие определяет объем учебной программы, которыми должен овладеть студент при обучении на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения.

Подготовленное учебное пособие «Охрана здоровья женщин» предназначено для преподавателей и студентов по предмету «Общественное здоровье и организация здравоохранения, биостатистика» для направления 5510200 - «Педиатрическое дело», 5111000 – «Профессиональное образование», 5510100 – «Лечебное дело».

**Составители:**

*Искандарова Ш.Т.*- заведующая кафедрой Общественного здоровья и организации здравоохранения ТашПМИ, д.м.н., профессор,

*Назарова С.К.* - доцент кафедры Общественного здоровья и организации здравоохранения ТашПМИ, доктор философии, Phd.

*Курбанов Б.Б.* –доцент кафедры Акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии ТашПМИ, доктор философии, Phd.

**Рецензенты:**

*Рузиева Н.Х.* - доцент кафедры Акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии ТашПМИ, д.м.н

*Расулова Н.Ф.* - доцент кафедры Общественного здоровья и организации здравоохранения ТашПМИ, к.м.н

Учебное пособие утверждено на заседании ЦМС 2020 года Ташкентского медицинского Педиатрического института (ТашПМИ) . г.Ташкент, ул.Богишамол, 223.

Рекомендовано в качестве учебного пособия Министерством Высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан.

**ISBN: 978-9943-7089-4-5**

© «Fan ziyosi» nashriyoti 2021

## **ВВЕДЕНИЕ**

Охрана здоровья женщин в нашей стране возведена в ранг государственной политики проводимой в области реформирования здравоохранения и является составной частью мероприятий по охране здоровья народа.

С первых дней провозглашения независимости Правительство Республики Узбекистан уделяет постоянное внимание охране здоровья граждан и гармоничному развитию подрастающего поколения. Важным фактором решения данного вопроса служит один из ведущих принципов, это проведение сильной упреждающей социальной политики. Одно из основных направлений данных реформ - новый концептуальный подход в вопросах охраны здоровья женщин, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения. Данное учебное пособие определяет объём учебной программы, которыми должен овладеть студент при обучении на кафедре общественного здоровья, организации и управления здравоохранением в области охраны здоровья женщин. В учебном пособии использована основная и дополнительная литература, статистические и отчетные данные, материалы съездов, конференций и семинаров. Учебное пособие разработано с учётом современных тенденций науки и практики в области общественного здоровья и организации здравоохранения, основ законодательства, влияния социальных факторов на причины возникновения заболеваний среди женщин, их течения и закономерностей, в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по высшему медицинскому образованию Республики Узбекистан, рассчитано на студентов, магистров, клинических ординаторов, преподавателей медицинских ВУЗов, полезна для научных и практических работников здравоохранения, руководителей лечебно-профилактических учреждений (главных врачей и их заместителей).

## ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ УЧЕБНОГО ПОСОБИЯ

Основная цель и задачи учебного пособия заключаются в предоставлении необходимого теоретического материала и практических навыков для студентов медицинских ВУЗов, для использования практического здравоохранения в работе по охране здоровья женщин. В учебное пособие входит изучение следующих вопросов:

- краткая история развития здравоохранения по охране здоровья женщин;

- государственная политика здравоохранения по охране здоровья женщин, основные документы, упреждающие реформы здравоохранения, цели и задачи, их выполнение;

- роль и место международных организаций в проводимых реформах здравоохранения;

- реформы, проводимые в Республике Узбекистан по охране здоровья женщин;

- социология здоровья и заболеваемости женщин;

- структура, цели и задачи учреждений охраны здоровья женщин: городские и районные семейные поликлиники, многопрофильные районные поликлиники, сельские семейные поликлиники, сельские врачебные пункты, акушерский комплекс, городской, областной и Республиканский Перинатальный центр, РСНПМЦ АиГ и его филиалы, Республиканский Центр охраны репродуктивного здоровья и его филиалы, Республиканский скрининг Центр матери и ребенка и его филиалы;

- показатели и оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья женщин;

- вопросы, задачи, тестовые задания для закрепления материала и др.

# ГЛАВА I. ГЛАВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

## 1.1. История развития медицинской помощи в сохранении здоровья женщин

Охрана здоровья женщин – это залог сохранения и укрепления здоровья населения страны в целом.

Одной из задач деятельности охраны здоровья женщин является сглаживание или устранение негативных причин, способствующих развитию различных заболеваний. Занятность женщин в общественном производстве весьма высока и не имеет тенденции к снижению. В настоящее время в различных отраслях Республики Узбекистан трудится примерно около 40-50% всех женщин. Кроме того, следует признать, что у значительной части женщин изменилась психология, в связи с чем они не представляют себя вне работы. Большинство работающих женщин считают работу основой независимого и равного положения с мужчиной, повышающий ее престиж в семье. Вместе с тем нельзя забывать и то, что кроме участия в профессиональной деятельности, женщины существенно больше тратят времени на домашний труд в сравнении с мужчинами. Имеющиеся данные свидетельствуют, что женщины в среднем на домашний труд затрачивают около 30 часов в неделю, что в 2-2,5 раза больше, чем мужчины. Причем, чем меньше ребенок и чем больше детей воспитывает женщина, тем больше ее вклад на ведение домашнего хозяйства и тем меньше у нее свободного времени на укрепление своего здоровья. Понятие «охраны здоровья населения», в том числе охраны здоровья женщин является составной частью медицинской науки. Зачатки и элементы «охраны здоровья женщин» наблюдались со времён глубокой древности и всегда занимали первоначальное значение в оздоровлении людей. Ещё со времён первобытного общества, врачевание было коллективным занятием, в то же время вся тяжесть заботы о быте лежала на плечах женщин.

Женщины занимались здоровьем своих родичей потому что, этого требовали условия существования. Вместе с тем, в период матриархата, учитывая, что забота о благополучии и здоровье людей полностью лежала на плечах женщин, славяне их называли «берегинями». Гален (131-201 гг р.) написал много трудов по медицине, в которых собрал и расположил в систематическом порядке добытые до него медицинские знания по анатомии, физиологии, патологии, акушерству, гигиене, фармакологии и др. Своими исследованиями он установил, что стенки желудка, кишечника, матки и других органов не однородны, а состоят из нескольких слоёв (мышечные, соединительнотканые и нервные волокна). В честь него в наше время некоторые лекарственные формы носят название галеновых препаратов. Одним из лучших представителей методической школы был Цельс. Благодаря его обширным познаниям в хирургии он впервые ввел понятия о трепанации. В трудах учёного предлагались вытаскивание ребёнка живого или мёртвого по кускам давлением вниз или разрезом и др. Древнегреческий учёный Мосхион точно описал признаки предстоящего выкидыша и сообщил весьма полезные указания о воспитании новорожденных. На территории славянских государств сохранился один из древнейших памятников истории законодательства о медицине - базальтов столб, на котором нанесён Климом тексты статей закона, приписываемого царю того времени, где большое внимание уделяется профилактике здоровья граждан, в том числе женщин и детей. Начиная с X века нашей эры особенно начали проявлять себя учёные Востока, вплотную занимающиеся медициной, это Абу Али ибн Сина, Мавлоно Файзуллах Табризий, Убайдулло Юсуф ал-каххол, Султонали Хуросоний, Мухаммад Окилий, Юсуф табиб и другие. В пятитомном «Каноне врачебной науки» Абу Али ибн Сина (Авиценна) (980-1037 гг) сочинении энциклопедического характера осмыслены и переработаны предписания античных медиков в соответствии с достижениями арабской медицины, где немаловажное место уделено беременным и

женщинам. В период династии тимуридов (XIV-XV вв.) на территории Узбекистана на фоне общего развития экономики, культуры и других наук сильным подъёмом характеризовалось развитие медицины. Специально созданная Амиром Тимуром Академия учёных в городе Самарканде объединяла известных тогда научных деятелей и мыслителей, из числа которых известны имена врачей Мавлоно Файзуллах Табризий, Мансур ибн Мухаммад ибн Ахмад, ибн Юсуф ибн Илёс, ибн Мавлоно Хисомиддин, Иброхим Кермоний и др. в трудах, которых немаловажное место занимают вопросы лечения здоровья женщин. В период правления последнего представителя династии тимуридов, Захириддин Мухаммад Бобура во дворце служили десятки учёных внесшие достойный вклад в развитие медицины и в частности в охрану здоровья женщин. Одним из таких видных ученых мыслителей хакимов был Юсуф ибн Мухаммад ибн Юсуф ат-табиб. В историко-медицинской литературе он известен просто как Юсуф табиб. Примечательно, что, Юсуф табиб одним из первых кто, описал заболевания половых органов, дал описание сифилиса, для лечения болезни рекомендовал рецепт, главной составляющей которого является ртуть.

На территории нынешнего Узбекистана в период правления Шайбанидов (XVI-XVII вв.) наряду с значительным развитием экономики, науки, литературы и искусства получила развитие медицина. Тогда старались в каждом городе открыть медицинские учреждения, аптеки, медресе с медицинским уклоном, строились бани с учётом соблюдения санитарно-гигиенического режима. Например: в середине XVI века в городе Ташкенте в живописном местечке Чорбаг была построена больница “Шифо-хона”, в которой лечили больных и раненных воинов. В больницах работали известные врачеватели - табибы, которые преподавали на медицинских курсах. Много внимания этих табибов было посвящено заболеваниям женщин и детей. Так, например, в двухтомном труде Убайдуллы ибн Юсуф Али ал – каххала “Шифо ул-алил” (Исцеление больного)

изложены заболевания почти всех органов человеческого тела, 11,12 и 17 разделы труда посвящены заболеваниям женщин.

В тоже время вплоть до XVI столетия нашей эры даже при большом внимании к медицине не было общенациональных служб или системы здравоохранения, законодательные акты по здравоохранению принимали по отдельным регионам и не распространялись на территории других государства, т.е. носили локальный или региональный характер светской или церковной власти. Во многих странах мира вплоть до XVIII столетия нашей эры охраной здоровья населения занимались умудрённые житейским опытом старейшины, шаманы, табибы, знахари, хотя и появлялись учёные энциклопедисты глубоко занимающиеся здоровьем граждан, в обязанность которых входило избавление больных от страданий, при этом, главный упор делался на сохранение здоровья женщин.

## **1.2. История развития охраны здоровья женщин в Узбекистане**

XVIII-XX века характеризовались расцветом и развитием всех наук, а также, и медицинской науки. В Узбекистане можно сказать что, XVIII - XIX век стал эпохой расцвета медицины, началось историческое изменение оказания медицинской помощи населению в Туркестане, в том числе и на территории нынешнего Узбекистана. Основопологающей причиной этого были частые военные действия и широкое распространение инфекционных болезней среди солдат российской армии и особенно среди местного населения. Появились новые учёные медики из местных жителей, получившие фундаментальное образование в высших медицинских учебных заведениях, развивались школы учений по различным направлениям медицины, разрабатывались профилактические, лечебные и реабилитационные меры, направленные на улучшение здоровья населения, в том числе и женщин.

История охраны здоровья женщин, развитие акушерства и гинекологии как науки в Узбекистане характеризовалась периодами

подъема и спада в различные периоды развития и деятельности государства. В то же время в Узбекистане, также и по всем странам мира, ещё не было единой государственной структуры здравоохранения, хотя профилактикой, лечением, реабилитацией занимались отдельные больницы, организованные в городах и на селе, а также энтузиасты учёные, члены попечительского совета. Примером этого может служить появление служб для лечения и оздоровления женщин.

Первыми инициаторами лечения больных женщин и детей в городе Ташкенте были А.В.Пославская, Н.Я.Гиндус, К.Н.Мендельштам и др. По их инициативе в 1883 году впервые в стране был организован лечебный дом для матери и ребёнка. Впоследствии, такие же лечебные учреждения, были организованы в Самарканде, Хужанде, Коканде, Намангане и в Маргилане. Данные учреждения осуществляли свою финансовую деятельность на основе фондов попечительства. Лишь к концу 20-х годов XX века на основе элементов оказания медицинской помощи больным и опыта работы общественного попечительства о здоровье отдельных групп населения началась создаваться система здравоохранения. Если в первой четверти XX века в городах стали уделять определённое внимание здоровью населения, в том числе женщинам, то вопросы о здоровье сельских жителей оставались вне поля зрения. Поэтому не случайно смертность женщин на селе была более высокой и только к концу первой половины XX века на основе развития элементов общественного здравоохранения и первых опытов общественного попечительства о здоровье отдельных групп населения начались структурные изменения внутри системы здравоохранения, среди которой выделились ветви узкой специализации, в том числе акушерства и гинекологии. Изначально на медицинском факультете Среднеазиатского Государственного университета, который в последующем стал называться Ташкентским Государственным медицинским институтом (1930г.) были организованы кафедры акушерства и гинекологии, улучшилась подготовка врачей акушер-

гинекологов. Так, например, только за 4 года с 1928 по 1932 годы число женских консультаций возросло в 2 раза, что способствовало улучшению охраны здоровья женщин.

Начиная с 1924 года в стране начали развиваться научные медицинские школы, при этом ряд ученых-медиков организовали акушерскую школу в практическом здравоохранении, занимающуюся вопросами диагностики, лечения и реабилитации женщин.

В послевоенные годы, правительство Узбекистана уделяло серьёзное внимание вопросу развития лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья женщин.

В XX столетии в Республике была широко развитая сеть лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья женщин, пропагандировалась роль матери-героини, имеющей 10 и более детей, советским государством присуждались ордена Матери –героини трёх степеней. Однако, как таково, уделялось мало внимания, длительности межродовых интервалов, здоровью женщин репродуктивного возраста. Одним из показателей этого являлся низкий индекс здоровья женщин репродуктивного возраста, наличие экстрагенитальных заболеваний. Состояние после патологических родов или абортс приводило к ранней инвалидизации женщин. Частые роды, минимальные межродовые интервалы, роды у юных первородящих и женщин старшего возраста, родственные браки способствовали высокой заболеваемости, а также в ряде случаев и в смертности женщин.

Провозглашение государственной независимости в 1991 году и образование суверенного государства Республики Узбекистан потребовало переосмысления всей социально-экономической деятельности общества, проблемы охраны здоровья населения в том числе и охраны здоровья женщин. Результатом такого переосмысления стала новая Концепция развития здравоохранения, принятая правительством суверенного государства в 1992 году, с последующими поэтапными правительственными документами реформирования системы здравоохранения важнейшей частью

которых является политика охраны здоровья женщин. За период развития государства принят ряд Указов, Постановлений Президента, нормативные и др. документы. Вопрос охраны здоровья женщин, их всесторонней поддержки постоянно находится под пристальным вниманием государства. Ярким примером этого является Указ Президента Республики Узбекистан №УП-5325 от 2 февраля 2018 г «О мерах по коренному совершенствованию деятельности в сфере поддержки женщин и укрепления института семьи», где глубоко проанализированы существующие недостатки и проблемы, препятствующие созданию эффективных механизмов по всесторонней поддержке женщин, организации целевой работы с ними, укреплению и оздоровлению духовно-нравственной среды в семье.

## **ГЛАВА II. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН**

### **2.1. Репродуктивное здоровье женщин. Профилактические меры по охране репродуктивного здоровья женщин**

Репродуктивным здоровьем граждан является состояние физического, умственного и социального благополучия человека, связанное с его репродуктивной системой, ее функциями, жизненными процессами, определяющими его способность к рождению ребенка.

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех аспектах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов» (ВОЗ).

Охрана репродуктивного здоровья граждан предусматривает:

- получение достоверной и полной информации о репродуктивном здоровье граждан;
- мероприятия, процедуры и услуги в период беременности, родов и после родов, обеспечивающие вынашивание беременности и рождение ребенка без осложнений и нарушений;
- предупреждение и лечение заболеваний репродуктивной системы; предупреждение и лечение заболеваний, передающихся половым путем;
- безопасное искусственное прерывание беременности, способствующее предотвращению возможных осложнений и последствий нарушений функции репродуктивной системы;
- получение информации о методах контрацепции и доступа к ним.

Основными направлениями государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья граждан являются:

- разработка, утверждение и реализация государственных и иных программ в области охраны репродуктивного здоровья граждан;

- развитие и совершенствование системы охраны репродуктивного здоровья граждан;
  - воспитание у граждан сознательного и ответственного отношения к рождению здоровых детей;
  - создание условий, обеспечивающих равенство возможностей мужчин и женщин при реализации их репродуктивных прав;
  - государственная поддержка научных исследований, внедрение современных методов и технологий для улучшения репродуктивного здоровья граждан;
  - повышение медицинских знаний и медицинской культуры граждан в области охраны репродуктивного здоровья;
  - организация подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров в области охраны репродуктивного здоровья граждан;
- оказание медико-социальной, а также психологической помощи гражданам при осуществлении ими своих репродуктивных прав.

Государство гарантирует гражданам:

- охрану репродуктивного здоровья и реализацию их репродуктивных прав;
  - обеспечение доступности и преемственности услуг по охране репродуктивного здоровья граждан;
  - принятие решения о формировании здоровой семьи без дискриминации, угроз и насилия;
  - невмешательство в их частную жизнь, сохранность личной и семейной тайны;
  - бесплатность первичной медико-санитарной помощи;
- реализацию репродуктивного права граждан на самостоятельное принятие решения.

Услуги по охране репродуктивного здоровья граждан предоставляются медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в области охраны репродуктивного здоровья.

В Республике Узбекистан охрана репродуктивного здоровья граждан является приоритетом государственной политики в области

здравоохранения. Принятый Закон Республики Узбекистан от 11.03.2019 г. № ЗРУ-528 ” Об охране репродуктивного здоровья граждан” целью которого является регулирование отношений в области охраны репродуктивного здоровья граждан. В статье 3 и 4 настоящего Закона указано, что “Репродуктивным здоровьем граждан является состояние физического, умственного и социального благополучия человека, связанное с его репродуктивной системой, ее функциями, жизненными процессами, определяющими его способность к рождению ребенка. Охрана репродуктивного здоровья граждан предусматривает:

- получение достоверной и полной информации о репродуктивном здоровье граждан;
- мероприятия, процедуры и услуги в период беременности, родов и после родов, обеспечивающие вынашивание беременности и рождение ребенка без осложнений и нарушений;
- предупреждение и лечение заболеваний репродуктивной системы;
- предупреждение и лечение заболеваний, передающихся половым путем;
- безопасное искусственное прерывание беременности, способствующее предотвращению возможных осложнений и последствий нарушений функции репродуктивной системы;
- получение информации о методах контрацепции и доступа к ним.

Основными принципами настоящего Закона являются:

- гуманность при решении репродуктивных проблем;
- равенство мужчин и женщин в области охраны репродуктивного здоровья;
- невмешательство в частную жизнь гражданина, сохранность личной и семейной тайны;
- обеспечение доступности и качества медицинских услуг в области охраны репродуктивного здоровья граждан;
- обеспечение гарантированного государством объема услуг по охране репродуктивного здоровья граждан”.

Ежегодно в мире в результате отсутствия или недостаточной эффективности противозачаточных средств умирают около 200 тысяч женщин, по причинам, связанным с беременностью и родами умирает около 600 тысяч женщин (520,000). 70 тысяч женщин умирают ежегодно и невозможно учесть, сколько женщин получают инфекции и другие осложнения в результате выполнения неквалифицированных абортов.

Женщины в развивающихся странах в 30 раз чаще умирают из-за причин, связанных с беременностью, чем женщины развитых стран. Только 53% родов в развивающихся странах происходит при наличии специализированной медицинской помощи. В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья женщин страны остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. Продолжают сохраняться имеющие место в последние годы негативные тенденции в показателях, характеризующих репродуктивное здоровье женщин. Низкий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности способствуют снижению уровня воспроизводства населения, ухудшению качества здоровья детей. Основными направлениями государственной политики Республики Узбекистан в области охраны репродуктивного здоровья граждан являются: разработка, утверждение и реализация государственных и иных программ в области охраны репродуктивного здоровья граждан; развитие и совершенствование системы охраны репродуктивного здоровья граждан; воспитание у граждан сознательного и ответственного отношения к рождению здоровых детей; создание условий, обеспечивающих равенство возможностей мужчин и женщин при реализации их репродуктивных прав; государственная поддержка научных исследований, внедрение современных методов и технологий для улучшения репродуктивного здоровья граждан; повышение медицинских знаний и медицинской культуры граждан в области охраны репродуктивного здоровья; организация подготовки,

переподготовки и повышения квалификации кадров в области охраны репродуктивного здоровья граждан; оказание медико-социальной, а также психологической помощи гражданам при осуществлении ими своих репродуктивных прав.

Основными задачами охраны репродуктивного здоровья женщин являются:

- обеспечение государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья женщин;
- увеличение объема мероприятий по профилактике нарушений по охране репродуктивного здоровья населения;
- реализации специальных научных программ;
- повышение квалификации специалистов работающих в области охраны репродуктивного здравоохранения;
- активное участие общественности и самого населения в охране репродуктивного здоровья.

Как известно, деятельность человека, связанная с продолжением рода начинается задолго до появления ребенка на свет. Испокон веков главы семейств (отцы и деды), глубоко понимая это, уделяли особое внимание подготовке молодежи к семейной жизни. Сейчас вопрос подготовки молодежи к семейной жизни стал одним из приоритетных направлений государственной политики. В свете этого не маловажное значение имеет широкомасштабная работа по обучению молодого поколения к семейной жизни и воспитанию в духе национальных традиций и ценностей.

Концептуальной основой развития профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья женщин является ответственность за создание условий, вызывающих нарушения репродуктивного здоровья, профилактика и раннее выявление различных нарушений состояния здоровья, возникающие при воздействии производственных, бытовых условий и факторов окружающей среды на репродуктивную функцию.

Охрана репродуктивного здоровья женщин включает в себя: получение достоверной и полной информации о своем

репродуктивном здоровье, методах лечения бесплодия и контрацепции;

- обеспечение доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья;

- получение медицинских консультаций и услуг по вопросам репродуктивного здоровья с соблюдением конфиденциальности.

Женщина имеет право на лечение от бесплодия, охрану репродуктивного здоровья до беременности, в период беременности, при родах и в послеродовом периоде с использованием современных методов лечения и социальную поддержку со стороны государства.

Медицинское вмешательство в период беременности осуществляется с письменного согласия обоих супругов, при отсутствии супруга – с согласия самой женщины или их родителей либо иных законных представителей в случае несовершеннолетия или недееспособности.

Факт отказа от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий регистрируется в медицинских документах и письменно удостоверяется беременной женщиной, при невозможности этого – ее супругом или родственниками, а в случае невозможности получения письменного отказа от медицинского вмешательства – заключением консилиума врачей. Женщина не может быть принуждена к беременности, искусственному прерыванию беременности и контрацепции.

Информация о репродуктивном здоровье граждан включает в себя сведения: о состоянии репродуктивного здоровья; об условиях и методах получения услуг по охране репродуктивного здоровья; о современных методах контрацепции, их преимуществах и недостатках; о любых психологических и физиологических последствиях, возможных осложнениях при применении вспомогательных репродуктивных технологий. Информация о репродуктивном здоровье граждан должна быть достоверной и полной.

## **Использование вспомогательных репродуктивных технологий**

Вспомогательными репродуктивными технологиями являются медицинские технологии, методы лечения и процедуры, направленные на достижение беременности, при которых отдельные или все этапы зачатия осуществляются вне организма женщины. Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий определяется Министерством здравоохранения Республики Узбекистан (15 статья Закона “Об охране репродуктивного здоровья граждан”). В соответствии с Законом Профилактические меры по охране репродуктивного здоровья граждан включают в себя следующие мероприятия (16 статья):

- выявление риска нарушений репродуктивного здоровья граждан, в том числе факторов окружающей среды и производственных факторов;

- проведение обязательных профилактических медицинских осмотров (предварительных и периодических) граждан в целях выявления и лечения нарушений в области репродуктивного здоровья;

- информирование граждан репродуктивного возраста и беременных о риске нарушений репродуктивного здоровья и его реабилитации;

- освещение образовательных и научных программ по охране репродуктивного здоровья граждан в средствах массовой информации;

- создание системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению репродуктивного здоровья граждан;

- диспансеризация населения, в том числе детей и подростков с выделением групп риска по развитию социально значимых

заболеваний, заболеваний органов репродуктивной системы и разработка индивидуальных программ профилактики;

- совершенствование медико-генетической помощи гражданам, внедрение новых перинатальных технологий для ранней диагностики аномалий плода.

### **Использование контрацепции.**

- Граждане имеют право на выбор методов контрацепции, их использование, а также отказ от них.

- Гражданам оказывается медицинская помощь по индивидуальному подбору методов контрацепции с учетом состояния здоровья, возраста и индивидуальных особенностей с предупреждением возможных нежелательных последствий.

- Граждане имеют право на добровольное использование хирургического метода контрацепции.

- Хирургическая контрацепция может быть проведена только с обязательным предварительным информированием и с согласия совершеннолетнего дееспособного гражданина или супругов либо опекунов при недееспособности гражданина.

### **Искусственное прерывание беременности**

- Искусственное прерывание беременности проводится: по желанию женщины при сроке беременности до двенадцати недель; при наличии медицинских показаний, угрожающих жизни беременной, независимо от срока беременности.

Медицинские учреждения обязаны информировать женщину, принявшую решение об искусственном прерывании беременности или об отказе от прерывания беременности по медицинским показаниям, о возможных негативных последствиях для ее здоровья.

Статьей 19 Закона Об охране репродуктивного здоровья граждан определены требования и порядок сохранения врачебной тайны и конфиденциальности информации при применении вспомогательных репродуктивных технологий. Сведения о применении вспомогательных репродуктивных технологий, а также о личности участников программ вспомогательных репродуктивных технологий

составляют врачебную тайну, и информация о них должна быть конфиденциальной. Не допускается без согласия гражданина или его законного представителя разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частью третьей настоящей статьи. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя

допускается:

в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний; по запросам органов дознания, следствия и прокуратуры, а также суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством. В охране репродуктивного здоровья женщин особое место отведено профилактике аборт.

В связи с этим проводится большая работа по:

- предупреждению нежелательных беременностей, снижение числа аборт, а также заболеваемости и смертности по причине аборт;

- обеспечению высококачественных услуг в области планирования семьи для всех, кто нуждается в них, с соблюдением конфиденциальности;

- повышению качества рекомендаций, информации, образования, просвещения, консультаций и услуг в области планирования семьи;

- вовлечение мужчин в решение проблем планирования семьи, повышение их ответственности и роли в семье.

Для снижения уровня патологии беременности и родов, улучшения качества потомства предусмотрено:

- возможность бесплатного приобретения витаминов, необходимых продуктов питания, пищевых добавок для беременных из социально незащищенных слоев населения;

- бесплатное оздоровление нуждающихся беременных в амбулаторных условиях и в дневных стационарах;

- разработка на базе профильных научно-исследовательских институтов специального пакета продуктов питания для беременных с повышенным содержанием железа, йода и других микроэлементов, пищевых добавок;

- для профилактики врожденных пороков развития обеспечение медико-генетическим консультированием вступающих в брак молодоженов.

- осуществляется система гигиенического обучения и воспитания здорового образа жизни, ценности семьи среди всех слоев населения.

Для выполнения вышеуказанных задач на базе крупных амбулаторно-поликлинических учреждений развиваются специализированные виды помощи, обеспечивающие диагностику и лечение нарушений репродуктивного здоровья женщин.

У женщин репродуктивного возраста особое значение имеют: подготовка женщины и ее семьи к беременности и родам, перинатальная охрана плода, в том числе предупреждение и лечение заболеваний и внутриутробных инфекций, профилактика и коррекция минеральной и витаминной недостаточности, снижение перинатального риска для здоровья плода и новорожденного.

На сегодняшний день имеется научно обоснованный перечень тяжелых работ и работ с вредными условиями труда, на которых не допускается (или регламентирован) труд женщин детородного возраста, в т.ч. беременных, подростков и инвалидов, предусмотрено сокращение рабочего времени их занятости с сохранением среднего заработка. Успех проводимых мероприятий по охране репродуктивного здоровья женщин в немалой степени зависит от объединения усилий государственных, общественных, религиозных и др. организаций, от медицинской грамотности самого населения, от разработки единых установок и их реализации от проводимой работы в области информации, образования и коммуникации.

С целью охраны здоровья женщин, защиты сексуальных и репродуктивных прав, для различных слоёв населения, проводятся

общественные просветительские кампании, где обсуждаются такие важные вопросы, как безопасное материнство, планирование семьи, ответственность мужчин по охране репродуктивного здоровья, насилие в отношении женщин, равноправие полов, инфекции, передаваемые половым путем, подростковая беременность, профилактика и раннее выявление онкологических и других экстрагенитальных заболеваний репродуктивной системы.

С целью обеспечения равных прав и возможностей для женщин и мужчин в Республике Узбекистан 2 сентября 2019 г. принят Закон “О гарантиях равных прав и возможностей для женщин и мужчин”. Законом определено регулирование отношений в сфере обеспечения равных прав и возможностей для женщин и мужчин. Основными принципами обеспечения гарантии равных прав и возможностей для женщин и мужчин являются: законность; демократизм; равноправие женщин и мужчин. Государство гарантирует женщинам и мужчинам равное участие в управлении делами общества и государства, избирательном процессе, обеспечение равных прав и возможностей в сфере охраны здоровья, образования, науки, культуры, труда и социальной защиты, а также в иных сферах государственной и общественной жизни. Основными направлениями государственной политики в сфере обеспечения равных прав и возможностей для женщин и мужчин являются: формирование и совершенствование нормативно-правовой базы в данной сфере; разработка и реализация государственных программ, национальных планов действий и стратегий в данной сфере; формирование культуры равных прав и возможностей для женщин и мужчин; обеспечение равного участия женщин и мужчин в управлении делами общества и государства; обеспечение равных прав и возможностей для женщин и мужчин в совмещении трудовых и семейных обязанностей; социальная защита и поддержка семьи, детства, формирование ответственного материнства и отцовства; защита общества от информации, направленной на прямую и косвенную дискриминацию по признаку пола; привлечение органов самоуправления граждан,

негосударственных некоммерческих организаций и других институтов гражданского общества к разработке и реализации государственных программ, национальных планов действий и стратегий в данной сфере; финансирование мер по обеспечению равных прав и возможностей для женщин и мужчин за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан и иных источников, не запрещенных законодательством; развитие эффективного сотрудничества на национальном, региональном и международном уровнях в целях достижения равных прав и возможностей для женщин и мужчин.

Государственное управление в сфере обеспечения равных прав и возможностей для женщин и мужчин осуществляется Кабинетом Министров Республики Узбекистан, Комиссией по вопросам обеспечения гендерного равенства Республики Узбекистан, а также государственными органами в пределах своих полномочий. Законом также (ст.24) определены Гарантии равных прав и возможностей для женщин и мужчин в сфере семейных отношений и воспитании детей. Где указано, что: семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой государства, женщины и мужчины имеют равные права и обязанности в сфере семейных отношений. Равенство прав и возможностей для женщин и мужчин в сфере семейных отношений основано на: добровольности заключения брака женщины и мужчины; недопущении принудительных и ранних браков; равенстве личных и имущественных прав и обязанностей супругов; разрешении внутрисемейных конфликтов по взаимному согласию; равенстве прав и обязанностей женщин и мужчин в отношении домашнего труда; равном участии в содержании, воспитании и образовании детей, обеспечении защиты прав и интересов несовершеннолетних и нетрудоспособных членов семьи. Законом определено, что родители имеют равные права на получение пособий по уходу за малолетними детьми, членами семьи с инвалидностью. Оба родителя имеют право на оплачиваемый отпуск в связи с рождением ребенка. Продолжительность отпуска по уходу за ребенком может быть

поделена между родителями по их усмотрению, причем родители могут использовать отпуск по частям. В статье 25 Закона обозначены гарантии равного отношения при выполнении домашнего труда. Домашний труд не может быть основанием для прямой или косвенной дискриминации по признаку пола, он осуществляется в равной степени женщинами и мужчинами. Существенную роль в осуществлении профилактических мер по охране репродуктивного здоровья женщин имеет Закон “О государственной молодёжной политики” от 14 сентября 2016 года. Основными принципами государственной молодежной политики являются: открытость и прозрачность; участие молодежи в реализации государственной молодежной политики; поддержка и стимулирование молодежных инициатив; приоритет духовных, нравственных и культурных ценностей; недопущение дискриминации молодежи. В числе основных направлений государственной молодежной политики немаловажное место уделено вопросам охраны жизни и здоровья молодежи, в том числе и девушек, воспитания здорового и гармонично развитого молодого поколения. В число органов и учреждений, участвующих в реализации государственной молодежной политики наряду с другими учреждениями, это: органы государственного управления образованием и образовательные учреждения; органы по делам культуры и спорта; органы по труду; органы прокуратуры; органы внутренних дел; органы юстиции; органы по делам обороны входят и органы управления государственной системой здравоохранения и учреждения здравоохранения. Статьёй 11 Закона представлены полномочия органов управления государственной системой здравоохранения и учреждений здравоохранения в области государственной молодежной политики. Где в частности отмечено, что, органы управления государственной системой здравоохранения и учреждения здравоохранения: участвуют в разработке и реализации государственных, территориальных и иных программ в области государственной молодежной политики; организуют пропаганду по

распространению санитарно-гигиенических знаний и формированию здорового образа жизни среди молодежи; организуют систематические медицинские обследования среди молодежи; осуществляют меры по медико-социальной реабилитации молодежи с ограниченными возможностями; выявляют, осуществляют учет, обследование, а также медико-социальную реабилитацию и социальную адаптацию молодых граждан, страдающих алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, психическими расстройствами, больных инфекционными и иными общественно-опасными заболеваниями; взаимодействуют с другими органами и учреждениями, участвующими в реализации государственной молодежной политики. Некоммерческие общественные организации осуществляют те или иные полномочия в соответствии с существующим законодательством. Их основные задачи заключаются в: формировании у молодежи ответственного отношения к своему здоровью, в том числе репродуктивному, повышении информированности подростков по вопросам пола и тех изменений, которые происходят с ними в подростковый период; формировании у подростков позитивного отношения к здоровому образу жизни, планированию семьи и ответственному родительству; развитие ответственного сексуального поведения, отрицательного отношения к раннему началу половой жизни и др. На данный момент имеется достаточно обширная библиотека посвященная темам репродуктивного здоровья. Это учебные книги, программы и методики обучения, сценарии просветительских работ, информационные листы и брошюры, видеоматериалы, сопровождающие достоверную информацию, которой могут пользоваться врачи общей практики при проведении встреч, бесед семинаров с молодежью. Кроме этого в проведения просветительской деятельности и обучении подростков сверстников проводится обучение и подготовка волонтеров. Для представителей средств массовой информации для студентов, военнослужащих, учащихся общеобразовательных школ и профессиональных колледжей и

населения систематически проводятся циклы семинаров, лекции, беседы, круглые столы, встречи, беседы по вопросам репродуктивного здоровья и формированию здорового образа жизни. Комитетом Женщин совместно с Министерством здравоохранения на курсах повышения квалификации имам-хатибов проводятся обучения основам репродуктивного здоровья, формирования здоровой семьи, пропаганде здорового образа жизни. В результате реализации комплексных программ по оздоровлению женщин фертильного возраста, повышения осведомленности населения по вопросам формирования здоровой семьи, расширения доступа к современным видам контрацептивных средств (МИКИ 2006г) 65% женщин, состоящих в браке, пользуются средствами контрацепции. Динамика использования контрацептивных средств за период с 2007 по 2018 гг на 100 женщин 15-49 лет показывает относительно стабильное количество женщин имеющих внутриматочные спирали и составляет небольшую разницу от 5,3 до 6,0, отмечено уменьшение использования гормональных препаратов 51,1(абс) в 2007г и 41,1 в 2018г.

Уменьшилось число нежелательных беременностей, показателем которого является динамика абортс. Данный показатель в республике составил в 2002 году -8,4; в 2007 году- 5,6; в 2013 году - 4,5; в 2015 году -4,6; в 2018 году 5,0 на 1000 женщин фертильного возраста. На 1000 женщин в возрасте 15-19 лет в 2007 г.- 1,4; в 2013 г – 0,8; в 2015 г – 0,8; в 2018 г. - 2,6.

## **2.2. Медико-социальные аспекты по охране здоровья женщин. Демографические показатели здоровья женщин**

Проблема репродуктивного здоровья женщин находится в центре внимания ученых всего мира, а также является одним из самых приоритетных направлений в Республике Узбекистан.

Течение основных заболеваний женщин фертильного возраста отягощается анемией, йододефицитными состояниями, дефицитом

витамина «А» и др, кроме того, ведущими социальными факторами риска здоровью женщин являются: нерациональное питание, неправильный образ жизни, курение, повышенное артериальное давление, эндокринные заболевания, и другие болезни, подлежащие устранению со стороны государственной медицинской службы совместно с другими министерствами и ведомствами, а также широкой общественностью.

Повзросление населения и не вполне здоровый образ жизни женщин, не знание основных положений сохранения здоровья в поведении, быту и на производстве, создает предпосылки для роста хронической патологии в перспективе. Проблема гинекологической заболеваемости, часто связана с искусственным прерыванием беременности и бесплодием. Для предупреждения гинекологической и другой заболеваемости во многих законодательных документах подчёркивается необходимость осуществления профилактического осмотра женщин, не реже 2 раз в году. При выявлении отклонений в их здоровье необходимо ранее взятие больных на медицинский учет и лечение до полного выздоровления. Работа по профилактике гинекологических заболеваний должна начинаться в детском возрасте и проводиться в последующие годы. Основными социально-гигиеническими проблемами охраны здоровья женщин являются проблемы не только абортов, материнской смертности, экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, бесплодия, но и проблемы многодетности. Социальная значимость проблемы гинекологической заболеваемости определяется еще и тем, что она оказывает влияние на другие показатели здоровья женщин – материнскую, младенческую смертность. При этом, необходимо отметить, что в структуре материнской смертности преобладающее место отводится причине, связанной с абортами, с кровотечением при беременности и родах, токсикозом беременности, внематочной беременностью, сепсисом и другими осложнениями беременности и родов.

Демография (от греческого – demos- народ и grapho-пишу), наука о закономерности и социально-экономической обусловленности рождаемости, смертности, брачности, возрастно-половой структуры и изменения общей численности населения. На основании изучения рождаемости и смертности разных поколений, в социальных группах и территориях демография оценивает их наиболее вероятное изменение в будущем. Для органов здравоохранения демографические данные имеют важное значение для управления, планирования сети и кадров, а также деятельности лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, разработки перспективных лечебно-оздоровительных планов и программ.

Статистическое изучение народонаселения ведется в двух основных направлениях.

1. Изучается статика населения.
2. Динамика населения.

Статика изучает населения, численный состав населения на определенный момент времени. Состав населения изучается по следующим признакам: полу, возрасту, социальным группам, профессии и занятию, семейному положению, национальности, языку, культурному уровню, грамотности, образованию, месту жительства, географическому размещению, плотности населения и т.д. Источником статистики – является перепись населения. По состоянию на 1 января 2013г численность населения Республики равнялась 29,9 млн. человек, по состоянию на 1 января 2018 г численность населения равнялась 32,7 млн. человек. Естественный прирост численности населения на 1000 населения в 2013 г составил 17,7, в 2017 году этот показатель составил 17,1, в 2018 г 18,6‰.

По данным Государственного Комитета Статистики Республики Узбекистан на 1 января 2013 года городское население составило - 15315,3 тыс человек (50,2%), сельское население – 14679,3 тыс человек (48,8%).

В 2018 году население увеличилась на 597,4 тыс. человек, или на 1,8%. В частности, численность городского населения составила 16805,0 тыс. человек (50,5% от общей численности населения), сельского населения – 16449,1 тыс. человек (49,5%). В 2019 году численность населения равнялась 33254,1 тысяч человек. В 2020 году общая численность населения составила 33905,8 тысяч человек. Прирост населения по отношению к 2019 году составил 650,3 тысячи человек или 2%. Отмечается положительная динамика продолжительности жизни населения в республике. Так, например, если в 1995 году этот показатель составлял 69,1 год, в 2011 году он составил 72,6 лет, в 2013 году 72,9, в 2018 г. 73,8. При этом средний возраст мужчин составил 70,6 лет, а женщин 75,8 года. В 2019 году средняя продолжительность жизни составила 73,8 лет. Узбекистан лидирует по продолжительности жизни населения среди стран Центральной Азии, сообщается в исследовании *Global Burden of Disease*, которое публикует медицинское издание Lancet. Согласно исследованию, лидером по показателю средней продолжительности жизни среди стран Центральной Азии является Узбекистан – 73,8 года. Совсем ненамного отстает Таджикистан, где показатель составляет 73,7 года. В Казахстане средний возраст жизни составляет 72,4 года, в Кыргызстане – 70,9 года, в Туркменистане – 70,4 года. Самый продолжительный средний возраст жизни, по данным исследователей, в Гонконге – 84,3 года, в Японии – 83,8 года и в Италии – 83,5 года.

В рамках реализации мер по реформированию системы здравоохранения в республике, охраны материнства и детства удалось достичь определенных результатов в формировании современной модели организации медицинской помощи беременным и женщинам.

За истекший период реализован ряд целевых национальных программ по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка. Организованы республиканский и региональные скрининг-центры, обеспечивающие предупреждение

рождения детей с наследственными и врожденными заболеваниями. За 2018 год численность населения Узбекистана увеличилась на 597,4 тыс. человек. Население Узбекистана на 1 января 2020 года, по данным Государственного комитета по статистике Республики Узбекистан, составило 33905,8 тыс. человек. Число живорожденных составило 768,3 тыс. детей. Было зарегистрировано 154,7 тыс. смертей. Органами ЗАГС зарегистрировано 311,4 тыс. браков и 32,3 тыс. разводов.

За период 1991 — 2018 гг. коэффициент общей смертности уменьшился на 20,4% и составил 4,7‰. В 2019 году отмечалось 155,0 тысяч смертностей, коэффициент общей смертности на 1000 населения уменьшился на 0,1‰ и составил 4,6‰. Коэффициент материнской и младенческой смертности уменьшился в 3,1 раза. Продолжительность жизни с 1995 года увеличилась на 4,7 лет с 69,1 лет до 73,8 лет в начале 2020 года. За 2018 год было зарегистрировано 768,3 тыс. родившихся детей (здесь и далее в качестве родившихся имеются в виду живорожденные), соответственно коэффициент рождаемости на 1000 населения составил 23,3‰ и, по сравнению с аналогичным периодом 2017 года, увеличился на 1,2‰ (за 2017 год - на 22,1‰). В 2019 году число новорожденных составило 815,9 тысяч детей. Коэффициент рождаемости составил 24,3‰ (2018 г. 23,3‰). За 9 месяцев 2020 года органами ЗАГС зарегистрировано рождение 614,7 тысяч новорожденных, что на 24,9 тысяч больше чем за этот же период 2019 года. Наиболее высокий показатель в Сурхандарьинской области - 28, Джиззакской - 27, Кашкадарьинской - 26,5, наименее низкий показатель в Республике Каракалпакстан - 19,8 новорожденных на каждую тысячу населения.

Анализ плотности населения показал, что в Республике Узбекистан на 1 кв.км приходятся 74,1 человека, наибольшая плотность населения в Андижанской (на 1 кв.км 713,2 человек), Ферганской (544,8 человек) и Наманганской (370,0 человек) областях, а наименьшая - в Навоийской области (8,8 человек) и Республике Каракалпакстан (11,2 человек).

Высокие показатели прироста населения Республики Узбекистан, обуславливают своеобразную его демографическую структуру, население репродуктивного возраста составляет 57,1% при этом, при этом, средний возраст населения страны -27,5 лет, в том числе городского 28,1 лет, сельского – 25,6 лет, при этом женщины в возрасте от 15 до 49 лет составляют одну четверть населения страны. Средний возраст матери при рождении первого ребенка 23,7 лет, Число женщин фертильного возраста 8,9 млн. женщин. Доля женщин фертильного возраста в общем числе женщин составляет 53,8%. В разрезе регионов наибольший возраст наблюдается в Сырдарьинской области и г.Ташкент (24,3 лет), наименьший - в Самаркандской области (23,1 лет). По порядку рождения матерями 36,3% составил первый ребенок, 34,0% - второй ребенок и 29,7% - третий и более по счету ребенок матери.

Второе крупное и важное направление в изучении демографии – это динамика или движение. Динамическое движения населения это рождаемость смертность и естественный прирост. Естественный прирост населения служит наиболее общей характеристикой роста населения. Выражается или в абсолютных цифрах или как разность коэффициентов рождаемости и смертности. Высокий естественный прирост может рассматриваться как благоприятное демографическое явление только при низкой смертности. Так, например, показатели естественного прироста в Республике, с 406,8 тысяч в 2017 году поднялись до 597,4 тысяч в 2018 году, или на 1,8%. Высокий естественный прирост населения при высокой смертности характеризует неблагоприятное положение с воспроизводством населения. Естественный прирост населения на 1000 населения (2012г) составил: в Узбекистане-16,1, Киргизстане -19, Таджикистане – 24, Казахстане- 14, Азейбаржане -11, Германии- (-2), в Японии- 1, в Великобритании -4, в Турции-12, Украине – (-4), Латвия-(-5). В 2016 году Естественный прирост населения в развитых странах этот показатель составлял в США-4,3, Великобритании -2,7, Корея -2,6, Израиль-16,4 в Турции 10,1, в Литве 8, в Азербайжане 9,1, в

Казахстане, Киргизстане 16,0, в Таджикистане 17,7, Туркмения 13,2, Узбекистан 11,6. Словакия 0,0. Страны с отрицательным Естественным приростом населения: Польша -0,7, Молдавия -0,8, Япония -1,8, Белоруссия -2,8, Болгария- 5,7.

**Коэффициент естественного прироста населения** Узбекистана снизился почти в 1,6 раз, с 28,3‰ – 1991 года до 17,5‰ – в 2008 году, и до 16,1 в ‰ – в 2012 году, т.е. за последние четырнадцать лет он уменьшился на 12,2‰. За это же время (1991-2018гг.) коэффициент рождаемости снизился с 34,5‰ до 23,3‰, т.е. сократился более чем в 1,5 раза. В среднем рождаемость на 1000 населения в Узбекистане в 1991 г составляла 34,5, в 2013 г 21,02‰, в 2019 г. 24,3‰.

Уровень рождаемости имеет неустойчивую тенденцию снижения в связи со сменой поколений женщин фертильного возраста. При этом высокая рождаемость в Узбекистане сопровождается низким индексом здоровья женщин репродуктивного возраста. Необходимо отметить, что за последние 20 лет произошли кардинальные изменения в показателях материнской смертности страны, так например, если в 1991 году этот показатель равнялся 65,3 на 100000 живорожденных, то в 2012 году он уменьшился в три раза и составил 21,4. В 2018 году было зарегистрировано 768,3 тыс. родившихся детей (здесь и далее в качестве родившихся имеются в виду живорожденные), соответственно коэффициент рождаемости на 1000 населения составил 23,3‰ и, по сравнению с аналогичным периодом 2017 года, увеличился на 1,2 (за январь-декабрь 2017 года - на 22,1‰). Уровень материнской смертности в динамике продолжает быть нестабильным из-за неудовлетворительного состояния здоровья женщин. Колебания демографических показателей зависят в основном от социально-экономических условий страны, условий быта, культуры, уровня и образа жизни. В результате анализа выяснилось, что вместе с положительными изменениями, в некоторых регионах, в частности, в определенных районах Республики Каракалпакстан и Наманганской области по итогам 2019 года по отношению к 2018 году определенно вырос показатель

материнской смертности. С целью оказания методико-практической помощи по поводу подробного изучения и анализа сложившейся ситуации, нахождения решений к существующим проблемам, улучшения медицинской помощи, оказываемой местными врачами беременным женщинам, в Республике Каракалпакстан работала рабочая группа, состоящая из ответственных сотрудников Министерства здравоохранения, ученых и квалифицированных специалистов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии. Группой тщательно изучено состояние, связанное с ростом материнской смертности. Анализированы допущенные в этом направлении недостатки, по поводу их предотвращения, оказана методическая помощь медицинским работникам, также повышены знания и навыки медицинских работников по применению в практике методов современной диагностики и лечения женщин, детей и подростков. Матерям, детям, подросткам, женщинам фертильного возраста и всем слоям населения, организована медико-профилактическая, перинатальная и антенатальная медицинская помощь в соответствии с требованиями. Необходимо отметить, что на сегодня в Республике Каракалпакстан проживает около пятисот тысяч женщин фертильного возраста. Созданы современные условия по оказанию им медико-профилактической и специализированной медицинской помощи. Расположенные в регионе 16 родильных комплексов и Республиканский перинатальный центр оснащены современными технологиями. В многопрофильных центральных поликлиниках района организованы женские консультации, отделы и центры здоровья девушек, перинатальные скрининг-кабинеты, которые оборудованы современными медицинскими средствами диагностики.

На основании изучения особенностей рождаемости и смертности разных поколений и социальных групп различных территорий оценивается их наиболее вероятное демографические изменения в будущем. В Республике Узбекистан отмечается снижение показателя

рождаемости во всех возрастных группах женщин фертильного возраста. В результате чего значительно изменились возрастные показатели рождаемости на 1000 женщин соответствующего возраста. Несмотря на снижение рождаемости, сложившийся суммарный коэффициент рождаемости обеспечивает прогрессивный тип населения страны.

**Показатель рождаемости** является важнейшим демографическим и медико-социальным критерием жизнеспособности и воспроизводства населения. Для органов здравоохранения сведения о рождаемости необходимы для планирования и организации родовспомогательных учреждений, а также для изучения и прогнозирования здоровья населения. На уровень рождаемости оказывает влияние комплекс социально-экономических факторов, таких как положение женщин в обществе, уровень медицинской помощи матерям и детям, национальные и религиозные традиции и др.

Одним из важных показателей уровня и качества жизни является ожидаемая продолжительность жизни при рождении – это усредненная продолжительность жизни всех родившихся младенцев, рассчитанная по уровням повозрастной смертности, которая имелаась в предшествующий год. Показатель характеризует жизнеспособность населения.

Многочисленными исследованиями доказано, что высокая рождаемость служит одной из основных причин материнской и младенческой смертности.

Одной из особенностей демографической ситуации в Узбекистане является высокий, но резко снижающийся с 1991 года до 2003 года уровень рождаемости. Показатель рождаемости снизился с 35,4 на 1000 населения опустился в 1991 году до 20,4 в 2005 году и поднялся до 24,3 в 2019 году и, по сравнению с аналогичным периодом 2018 года, увеличился на 1,0%. Динамика изменения количества женщин обусловлена высоким уровнем рождаемости в конце 80-х и начале 90-х годов. В результате

в 2008 году количество зарегистрированных браков составило 247,0 тыс., что на 58,5% больше, чем в 2004 году и составило 155,8 тыс.

Учитывая, что средний возраст вступления в брак девушек в Узбекистане в 2008 году составлял 22,4 года, а мужчин 25,2 года (это дети, родившиеся в 1983-1986 гг.), ожидается дальнейший рост показателя рождаемости в последующие годы, так как пик рождаемости приходится на юношей и девушек, родившихся в 1991 г., когда было зарегистрировано 723,4 тысяч родов. В 2020 году по состоянию за 9 месяцев было зарегистрировано 614,4 тысяч родов, что выше на 64,9 тысяч 9-месячных показателей 2019 года. При этом самая высокая рождаемость в Узбекистане на 1000 населения отмечена в Сурхандарьинской области – 28‰, самая низкая рождаемость - 20‰ в Республике Каракалпакстан.

Результатами медико-демографических исследований, проведенных в различных странах, установлено, что такие показатели репродуктивного поведения, как возраст матери при рождении ребенка, интервалы между родами, использование контрацепции, длительность грудного вскармливания оказывают влияние на показатели материнской, младенческой и перинатальной смертности, а также на состояние здоровья матери и ребенка. Так, материнская смертность у женщин, рожаящих в возрасте старше 40 лет, в 5 раз выше, чем у рожаящих в 20-29 лет.

Республика Узбекистан, входит в число 189 стран мира, подписавших документ по выполнению Целей Развития Тысячелетия, повышения качества медицинской помощи беременным женщинам, установила национальную цель - сократить на одну треть материнскую смертность.

## **ГЛАВА.III ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

### **3.1. Деятельность международных и общественных организаций по охране здоровья женщин**

Ежегодно в мире более 210 миллионов женщин становятся беременными, из них 20 миллионов сталкиваются с патологическими состояниями, связанными с процессом беременности и родов, более 500000 погибают в результате тяжёлых осложнений, развивающихся на фоне беременности, либо в процессе родов.

Возрастание социальной и политической значимости здравоохранения, достижения медико-биологической науки в последнее десятилетие стимулировали развитие международного сотрудничества в области медицины. Совместная деятельность с международными организациями направляется на обмен информацией о здоровье населения и состоянии здравоохранения. Проводятся консультации и обмен специалистами для оказания медицинской помощи. Учёные и медики разных стран проводят совместные конференции, съезды, научные исследования в области медицины, когда этого требует ситуация организуются различные международные организации и фонды. При этом, необходимо отметить, что в XXI веке в мире активно работают более 200 международных организаций и ассоциаций, связанных с медициной, в том числе Организация объединенных наций (ООН) и его подразделения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), международная организация труда (МОТ), международный детский фонд ЮНИСЕФ и др. Самой крупной среди них и значимой в медицине международной организацией является Всемирная организация здравоохранения, которая сотрудничает с 190 международными медицинскими организациями, ассоциациями. Узбекистан как самостоятельное государство стало членом ВОЗ в 1992 году.

Охрана здоровья населения мира, том числе охрана здоровья женщин являются одной из глобальных проблем современности, в связи, с чем Всемирной организацией здравоохранения разрабатываются мероприятия по этим вопросам. Большое значение в определении приоритетов охраны здоровья населения, в том числе здоровья женщин имеют международные правовые акты. Международно-правовая защита здоровья женщин находит свое отражение в основополагающих актах и декларациях, пактах и хартий о правах человека. Всеобщая декларация прав человека, принятая на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 10 декабря 1948 г., закрепила (п.2 ст.25) дополнением что «материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь». Статья 10(2) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах конкретизирует данное положение, закрепляя, что «особая охрана должна предоставляться матерям в течение разумного периода до и после родов. В течение этого периода работающим матерям должен предоставляться оплачиваемый отпуск или отпуск с достаточными пособиями по социальному обеспечению». Включение в эти документы специальных положений об охране материнства и детства еще более повышает их значимость и обуславливает актуальность. Более того, важность этих положений все больше возрастает с учетом демографических тенденций и других факторов. Помимо общих документов по правам человека, важно отметить документы специально посвященные правам женщин. В них раскрывается содержание прав женщин, связанных с материнством. Так, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин от 1979 года предусматривает «право женщин на свободу от дискриминации, в том числе и в области охраны материнства». Более того, она закрепляет обязанность государств - участников обеспечивать женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период. Дальнейшее развитие эти положения получили в Пекинской декларации и платформе

действий 1995 года, которая призывает к обеспечению охраны материнства и сбалансированному распределению рабочих и семейных обязанностей (Параграфы 106, 179).

Охрана здоровья женщин, как один из ключевых приоритетов выделяется в Хартии социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утверждённых Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств 29 октября 1994 г.) и в Европейской Социальной Хартии ETS №163 (Страсбург, 3 мая.1996 года);

Нормы о защите здоровья женщин содержатся в более чем в тридцати международных актах (конвенциях, рекомендациях международных организаций, двухсторонних межгосударственных договорах). С начала XX века были разработаны и приняты ряд специальных международных правовых актов, направленных здоровья женщин. Это: Конвенция Международной Организации Труда №103 об охране материнства (пересмотрена в 1952 году); Конвенция 2000 года об охране материнства (№ 183) является самой последней конвенцией МОТ по этой проблеме. Конвенция распространяет свое действие на всех работающих по найму женщин, включая женщин, занятых нетипичными формами зависимого труда в неформальной экономике. Минимальный срок отпуска был продлен с 12 недель, как это было предусмотрено в предыдущих конвенциях, до 14 недель. Рекомендация Международной Организации Труда от 15 июня 2000 года О пересмотре рекомендации 1952 года по охране материнства (№ 191) предлагает довести продолжительность отпуска до 18 недель, призывает к созданию условий для грудного вскармливания на рабочих местах. Государства-члены обязаны принимать все необходимые меры для того, чтобы беременность и роды не становились источником дискриминации в области занятости, включая и доступ к самой занятости. В соответствии с Конвенцией при приеме женщины на работу запрещается требовать проведения анализа на беременность (за исключением некоторых весьма специфических случаев). Таким образом, с течением времени

стандарты МОТ развиваются и совершенствуются, устанавливая более высокие требования к государствам в сфере охраны материнства. При этом рекомендации содержат более высокие требования по сравнению с конвенциями. Также нормативными документами, регламентирующими нормы о защите здоровья женщин является Конвенция Международной Организации Труда № 156 о равном обращении и равных возможностях для трудящихся мужчин и женщин: трудящиеся с семейными обязанностями, Женева, 3 июня 1981 года.

Кроме документов, специально посвященных охране материнства и вопросам труда работниц с семейными обязанностями существует целый ряд других инструментов МОТ, относящихся к одному или нескольким элементам защиты материнства. В частности, положения об охране материнства содержатся в документах касающихся денежных и медицинских пособий, например, в Рекомендации 1944 года о защите дохода (№67), Рекомендации 1944 года о медицинском обслуживании (№69), Конвенции 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№102). Нормы об охране материнства включены в документы МОТ касающиеся охраны здоровья. Конвенция 1990 года о ночном труде (№171) и протокол 1990 года к пересмотренной Конвенции 1948 года о ночном труде женщин.

Рекомендации 2010 года о ВИЧ/СПИДе и сферы труда (№200). Вопросы охраны материнства освещены в документах МОТ в сфере защиты занятости. В частности, Конвенция 1982 года о прекращении трудовых отношений по инициативе работодателя (№158) подчеркивает что пол, семейное положение, семейные обязанности, беременность, отпуск по беременности и родам не являются законным основанием для прекращения трудового договора.

Конвенция 1988 года О содействии занятости и защите от безработицы (№168) запрещает рассматривать пребывание в состоянии безработицы в качестве повода для отказа женщине в выплате положенных ей пособий по беременности и родам.

Продолжением документов по охране здоровья женщин являются документы о недопущении дискриминации женщин. Конвенция 1958 года о дискриминации в области труда и занятий (№111) обязует использовать гарантии рассмотрения заявлений о приеме на работу без дискриминации по признаку пола, семейного положения, беременности или рождения ребенка.

Вопросы охраны здоровья женщин имеют место в документах МОТ, касающихся условий труда. Конвенция 1970 года (№132) об оплачиваемых отпусках, гарантирует, что отпуск по беременности и родам не считается частью положенного отпуска. Конвенцией 1994 года о работе на условиях неполного рабочего времени (№175), отмечена охрана материнства и детства, где женщины, работающие на условиях неполного рабочего времени должны пользоваться такими же условиями что и работники, занятые полное рабочее время. Конвенция 1977 года (№181) о частных агентствах занятости предусматривает обеспечение работников нанятых через эти агентства, мерами по охране материнства и детства, пособиями по беременности и родам, защиты прав родителей ребенка и выплаты им пособий.

Документы МОТ, касающиеся работников мигрантов также содержат положения по охране материнства. Так, например, пересмотренная конвенция 1949 года (№97) о работниках мигрантах содержит положения об охране материнства. Международная конференция труда (МКТ) в своих документах (рекомендации, резолюции, конвенции и др) отмечает вопросы охраны материнства и детства. В 1985 году МКТ приняла резолюцию о равенстве возможностей и обращения для женщин и мужчин в сфере занятости . В 2004 году МКТ приняла Резолюцию о гендерном равенстве, охране материнства и справедливой оплате труда. Резолюцией отмечено, “Охрана материнства должна быть призвана неотъемлемой частью социально-экономической политики, ответственность за проведение которой лежит на правительствах”

Вопросы охраны здоровья женщин широко обсуждаются и принимаются действенные меры по охране материнства как основной ценности общества. Многие женщины во всем мире сталкиваются с угрозами здоровью, экономической и социальной незащищенностью в связи с материнством. Все это обуславливает необходимость дальнейшего совершенствования унификации и обеспечения вопросов международного сотрудничества, по преемственности законодательных и нормативных документов по вопросам охраны здоровья женщин.

В 1987 году ВОЗ объявила о начале реализации Инициативы Безопасное Материнство. Основной целью данной программы явилось снижение материнской смертности на 50 % к 2000 году. Хотя цель и не была достигнута, здоровье женщин, беременных и матерей продолжает оставаться важнейшим приоритетом Всемирной организации здравоохранения. Основываясь на приобретенном опыте внедрения инициативы Безопасное материнство, новая инициатива ВОЗ “Обеспечение безопасной беременности” была начата в 2000 году. Целью инициативы “Обеспечение безопасной беременности” является обеспечение квалифицированного ухода всем матерям и новорожденным во время и после родов. В свете решений Европейского Регионального Бюро ВОЗ (2007) разработало концепцию современной модели перинатальной помощи ориентированную на семью, определены основные положения и принципы деятельности каждого члена семьи связанной с беременностью женщин.

Реализация государственных программ в области охраны здоровья женщин в Узбекистане осуществляется в тесном международном сотрудничестве с ВОЗ, международным детским фондом ЮНИСЕФ, UNFPA, Европейским Союзом и другими международными организациями, при активном участии общественных и неправительственных организаций республики: Комитет женщин, Фонд «Махалля», международный

неправительственный благотворительный фонд (МНБФ) «Соғлом авлод учун» и др.

Для выполнения выше указанных задач международного сотрудничества в Узбекистане 1 марта 1994 года открылось представительство международного детского фонда ЮНИСЕФ и 19 декабря 1994 года Правительство Республики Узбекистан и ЮНИСЕФ подписали соглашение о сотрудничестве. Программа Сотрудничества охватывает четыре основные сферы: выживание; развитие и защита матери и ребёнка; улучшение жизни ребёнка; благополучие молодёжи и чрезвычайная ситуация, вызванная засухой. Кроме этого, правительство Республики Узбекистан сотрудничает с ЮНИСЕФ в улучшении доступа женщин и детей к качественным медицинским услугам. Основным направлением этой деятельности является предоставление стратегий и рекомендаций для введения международных стандартов и протоколов по безопасному материнству, послеродовому уходу, уходу за новорожденными, детьми, а также повышение потенциала руководителей и специалистов здравоохранения. За годы сотрудничества с Министерством здравоохранения фондом ЮНИСЕФ оказано содействие в усилении политики и нормативной базы в области услуг, предоставляемых матери и ребенку, техническое содействие в проведении ряда оценок системы здравоохранения. Рекомендации этих исследований легли в основу Стратегии укрепления и развития системы охраны репродуктивного здоровья населения, здоровья женщин, детей и подростков на 2014-2018 годы. Международный фонд ЮНИСЕФ внес достойный вклад в улучшение качества услуг, оказываемых матерям и детям в Узбекистане, посредством обучения свыше 25 тысяч медицинских работников самым передовым методам по выхаживанию детей, лечению распространенных детских заболеваний и предупреждению детской смертности, выхаживание, реанимация и уход за новорожденными, эффективный перинатальный уход. Передача новых знаний проводилась в 29 региональных учебных центрах, созданных в рамках проекта

“Совершенствование услуг в области здоровья матери и ребенка в Узбекистане – Фазы I и II (СУОМид)”, со-финансируемого Европейским Союзом. Министерству здравоохранения была предоставлена поддержка в создании и функционировании Координационного Совета по вопросам здоровья матери и ребенка (КСЗМР), являющегося платформой политического диалога, обмена опытом и координации содействия в области охраны здоровья матери и ребенка. Вместе с тем, Министерством здравоохранения при поддержке ЮНИСЕФ внедрены международные критерии определения живорождения в родильных учреждениях, проработаны перспективные вопросы сотрудничества Министерства здравоохранения и ЮНИСЕФ. При этом, планируется: обновление учебной программы бакалавриата и магистратуры медицинских ВУЗов для подготовки будущих врачей в соответствии с международными стандартами в области здоровья матери и ребенка; оказание поддержки семьям и сообществам в 12 сельских местностях для продвижения здорового образа жизни и улучшения практики ухода за детьми и поддержки их развития; устранение дефицита питания среди детей и беременных женщин; национальная программа иммунизации получит дальнейшую устойчивость путем совершенствования вопросов управления закупками вакцин, оказания поддержки внедрения новых вакцин, повышению потенциала по безопасной вакцинации и улучшения навыков межличностного общения представителей этих услуг. На основе партнерства Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и ЮНИСЕФ разрабатывает и реализует программу «Ориентированную на население» для повышения потенциала махаллей в вопросах рационального питания матерей и детей, кроме того, будет продолжено техническое содействие в программах по профилактике дефицита микронутриентов, таких как йод, железо и витамин А, путем повсеместной пропаганды, пересмотра нормативной базы и повышения потенциала специалистов.

В проведении государственной политики в области охраны здоровья женщин особое внимание уделяется внедрению международных стандартов и рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ. В этих целях реализуются проекты по внедрению эффективного управления перинатальной помощью, осуществляется программа по внедрению современных технологий на основе доказательной медицины с использованием современного оборудования для реанимации новорожденных. В Республике Узбекистан при содействии ЮНИСЕФ с 2004 года начато внедрение международных критериев живорожденности, рекомендованные ВОЗ. Расширение международного сотрудничества в области медицины позволило поднять на новый уровень систему охраны здоровья женщин. При финансовой поддержке Мирового банка и других международных организаций, а также, при совместной работе с международными экспертами в Республике разработано 6 программ по охране здоровья женщин, которые внедряются в республике. Это:

- 1 Интегрированное ведение беременности и родов.
- 2 Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку.
- 3 Улучшение репродуктивного здоровья.
- 4 Здоровая семья.
- 5 Профилактика анемии у женщин фертильного возраста и у детей.
- 6 Саплементация детей витамином А.

В рамках реализации проекта «Укрепление здоровья женщин и детей» с участием Азиатского банка развития (АБР), а также в сотрудничестве с Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (UNFPA) с целью повышения качества оказания медицинской помощи в учреждениях родовспоможения разработаны и внедряются в практику:

- «Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности»;

- «Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде»;
- «Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и в раннем послеродовом периоде»;

Разработаны и утверждены для практического здравоохранения клинические руководства для врачей общей практики по охране здоровья женщин:

- 1 «Клиническое руководство по ведению осложненных родов»;
- 2 «Клиническое руководство по обезболиванию родов»;
- 3 «Клиническое руководство по индукции родов».

Повсеместно внедряются международные принципы эффективной перинатальной помощи, рекомендованные ВОЗ. Это:

- 1 Партнерские роды;
- 2 Демедицинализация нормальной беременности и родов;
- 3 Использование партограммы (*ведение графика течения родов*);
- 4 Современные принципы реанимации новорожденных, а также ухода за здоровым и больным ребенком;
- 5 Совместное пребывание матери и ребенка;
- 6 Преимущественное применение грудного вскармливания (ГВ).

Вышеуказанные технологии направлены на снижение частоты необоснованных вмешательств в течение родов и снижению материнской и младенческой заболеваемости и смертности. В результате внедрения новых перинатальных технологий в родильных учреждениях пребывание матерей и новорожденных сократилось с 11 дней до 5-6 дней, использование крови и его компонентов, лекарственных препаратов при лечении беременных и новорожденных уменьшилось в 5-6 раз.

За истекший период инициативе «Безопасное материнство» оказывалась политическая и финансовая поддержка со стороны

правительства и международных организаций, включая международные организации ВОЗ, ЮНИСЕФ, UNFPA, Всемирный Банк, Азиатский банк развития и др.

В свете успеха проектов ВОЗ в области перинатального ухода (Инициатива «Безопасное материнство», «Акушерский и неонатальный уход», «Поддержка и пропаганда грудного вскармливания» и др.) Европейское региональное бюро (ЕРБ) ВОЗ начало новую инициативу под общим названием «Эффективный перинатальный уход». Безопасное материнство и эффективный перинатальный уход означает не только профилактику заболеваемости и смертности, оно предполагает заботу о здоровье женщин в целом. В это понятие входит физическое, умственное и социальное благополучие женщины до родов, во время и после родов, что должно обеспечить рождение здорового ребенка и здоровое его гармоничное развитие.

### **3.2. Государственная политика в области охраны здоровья женщин**

Государственная система охраны здоровья женщин создана в целях сохранения и укрепления подрастающего поколения с учётом положения, где женщины-матери совмещают материнство с участием в производственном процессе. Забота об охране здоровья женщин постоянно находится в центре внимания правительства Республики Узбекистан.

**Охрана здоровья женщин и детей** является приоритетным направлением государственной политики. Под приоритетностью охраны здоровья матери и ребёнка следует понимать:

- приоритет в социальной политике государства;
- первоочередное укрепление материальной базы учреждений родовспоможения;
- обеспечение родовспомогательных учреждений высококвалифицированными кадрами;

- интеграцию служб здравоохранения в деятельности по охране здоровья женщин.

Здравоохранение является одним из главных компонентов социального сектора и охватывает множество важных жизненных вопросов. Правильно управляемая и финансируемая система здравоохранения вносит весомый вклад в обеспечение социального согласия и стабильности. В 2020 году расходы государственного бюджета Республики Узбекистан на здравоохранение составят 18,4 трлн сумов (около 2 млрд \$), что превышает показатель предыдущего года на 23% (12,1 трлн сумов или 1,3 млрд \$).

Доля расходов на здравоохранение в государственном бюджете страны составляет в 2016 г 15,7%, в 2019 г 22,04% из расходов выделенных на социальную сферу. Из года в год увеличивается объем выделяемых средств на закуп лекарств и средств медицинского назначения. Только на закуп лекарств и средств медицинского назначения в 2020 году выделено 1,5 трлн сумов (158 млн \$), что на 36% выше чем в 2019 году. Так например, за период с 2016 по 2020 годы объем выделенных средств вырос на закуп лекарств и средств медицинского назначения в 6,5 раза. Вырос закуп лекарств и средств медицинского назначения на лечение онкологических больных в 20 раз. Так например, если в 2019 году на лекарства и медикаменты для тратили в день 3250 сумов, то сегодня государством выделено на одного онкобольного 66,5 тыс сумм в день (7\$).

Со дня приобретения независимости республики вопросы охраны зоровья женщин возведены в ранг государственной политики. На начало XXI века под руководством и при личном участии Правительства Республики в Узбекистане разработана законодательная и нормативная база формирования и функционирования системы здравоохранения. Среди принятых законов, Указов, Постановлений Президента Республики Узбекистан особое место занимают нормативные документы, направленные на защиту прав женщин, охрану их здоровья, обогащение продуктов питания микроэлементами, обеспечение беременных

поливитаминными комплексами, профилактику инфекционных заболеваний. Законодательные основы охраны материнства и детства закреплены в Конституции Республики Узбекистан, Трудовом кодексе, Семейном кодексе, а также в ряде законов, в частности в Законе «Об охране здоровья», Законе «О гарантиях равных прав возможностей для женщин и мужчин», Законе «О гарантиях прав ребенка», Законе «Об охране репродуктивного здоровья граждан», Законе «О государственной молодёжной политики» и др.

В стране создана необходимая законодательная и нормативная база для обеспечения безопасности и качества продовольствия. В частности, приняты законы Республики Узбекистан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и общественного здоровья», «О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения», «О сертификации продукции и услуг», «О профилактике йододефицитных заболеваний» и др. В результате проводимых мероприятий по реформированию здравоохранения в нашей стране растет средняя продолжительность жизни, снижаются показатели смертности среди матерей и детей, обеспечивается стабильность санитарно-эпидемиологической ситуации, профилактика и эффективное лечение заболеваний.

Основополагающий документ по обеспечению правового статуса граждан является Конституция Республики Узбекистан, принятая всенародным голосованием 8 декабря 1992 г. Конституция регламентирует права лиц, проживающих в Узбекистане, в том числе и женщин. Конституцией Республики женщине предоставляются все права, предусмотренные без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических и иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья.

В Законе Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» принятом 29 августа 1996 года Статьей 18 предусматривается право каждого гражданина, в том числе и женщин по медицинским показаниям на консультации по вопросам семьи, на медико-

генетическое обследование и консультации в учреждениях государственной системы здравоохранения. Семьи, имеющие детей, пользуются правом на льготы в медицинском обслуживании, установленные законодательством.

Правовой статус женщин и детей в Узбекистане регулируется законами «Об образовании», «О молодежи» с изменениями и дополнениями, «Об охране репродуктивного здоровья граждан», «О государственной молодёжной политики» и др. При этом указано, все лица, моложе 18 лет принимаются на работу лишь после прохождения предварительного медицинского осмотра, и в дальнейшем до достижения 18 лет, ежегодно подлежат обязательному медицинскому осмотру. В целях охраны здоровья молодежи государство запрещает использовать их труд на работах с неблагоприятными условиями, на которых запрещается применение труда лиц моложе восемнадцати лет. В ноябре 2018 года Научно-исследовательским институтом санитарии, гигиены и профзаболеваний Республики Узбекистан пересмотрены и утверждены “Нормы допустимых нагрузок для девушек моложе 18 лет и женщин при подъёме и перемещении тяжестей вручную” (СанПиН № 0364-18).

23 апреля 1993 года был подписан Указ Президента Республики Узбекистан «О создании международного неправительственного благотворительного фонда «Соғлом авлод учун». Фонд вносит огромный вклад в укрепление здоровья женщин и детей, санитарно-гигиеническое просвещение населения, пропаганду здорового образа жизни. Он не только участвует в реализации государственных программ, но и осуществляет также множество собственных проектов, полностью отвечающих важнейшей задаче рождения и воспитания здорового подрастающего поколения, проводит широкомасштабную санитарно-просветительскую работу, гуманитарную, лечебно-диагностическую, профилактическую помощь среди населения.

Указом Президента Республики Узбекистан от 17 марта 1999 года «О дополнительных мерах по усилению социальной защиты женщин» и Постановлением Кабинета Министров «О льготном налогообложении женщин, занятых на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда» установлены новые возможности улучшения положения женщин страны. Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан от 19 февраля 1999 года №730 «О Государственной программе мер по усилению роли женщин в семье, государственного, общественного строительства, совершенствование системы защиты их правовых, социальных, экономических, духовных интересов» предусмотрены меры охраны здоровья матери и детей, улучшения оказания медицинской помощи. Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 140 от 1 апреля 1998 года “Скрининг матери и ребёнка”, Постановлениями Кабинета Министров Республики Узбекистан № 68 от 5 января 2001 года “Мать и ребёнок”, и № 32 “О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения” от 25 февраля 2002 года регламентирована обязанность органов управления здравоохранения и образования, проводить мероприятия с приоритетным направлением проводимых реформ по укреплению здоровья женщин и детей. При этом, важнейшим документом проводимых реформ по коренному преобразованию отрасли здравоохранения был Указ Президента Республики Узбекистан «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» № 2107, принятый в 1998 году Указ определил на многие годы вперед программу реформирования системы здравоохранения и развития медицинского обслуживания населения основанную на всеобщей доступности и социальной справедливости.

Знаменательно, что первым орденом который был утверждён в суверенном Узбекистане в 1993 году, явился орден “Соғлом авлод учун”. Орден «Соғлом авлод учун» учрежден в целях поощрения особых заслуг в деле охраны материнства и детства, укрепления

здорового, нравственного и физического воспитания подрастающего поколения, привития ему чувства патриотизма и любви к своей родине, а также за активное участие в развитии благотворительной деятельности на благо детей. Этой высокой наградой, не имеющей аналогов в мировой практике, награждаются граждане за выдающиеся заслуги перед государством и народом Узбекистана в деле охраны здоровья матери и ребёнка, улучшении эндоэкологии человека, воспитания физически и нравственно здорового поколения, патриотического воспитания, за активное участие в благотворительной деятельности во имя женщин и детей.

В целях высокого почтения женщины, оказания ей особого уважения, признания вновь ее неизмеримого места в деле воспитания всесторонне развитой молодежи, являющейся будущим нашей свободной и процветающей Родины, стимулирования достижений одаренных девушек в развитии литературы, искусства, науки и культуры, примерной деятельности в деле укрепления веры сверстниц в идеи национальной независимости и культурно-духовным ценностям, их активное участие в ускорении широкомасштабных реформ. Государственная премия имени Зульфийи присуждается одаренным девушкам в возрасте от четырнадцати до тридцати лет включительно, достигшим особых успехов в образовании, науке, литературе, культуре, искусстве, спорте и общественной деятельности. Решения о представлении к Государственной премии имени Зульфийи принимаются министерствами, государственными комитетами, местными органами власти, творческими союзами и общественными организациями. Творческие, научные, учебные учреждения имеют право вносить предложения в вышеуказанные организации по выдвижению соискателя на получение Государственной премии имени Зульфийи, а также информировать комиссию по премиям о своих отзывах по представленным работам.

Ярким продолжением государственной политики по поддержке женщин является Постановление Кабинета Министров Республики

Узбекистан от 2 апреля 2018 года «О мерах по утверждению нагрудного знака «Мўътабар аёл». Постановлением отмечено, нагрудной знак «Мўътабар аёл» присуждается 8 марта каждого года по решению управления Комитета женщин Республики Узбекистан женщинам и девушкам, проявившим активность и инициативность в жизни общества и государства, внесшим своим плодотворным трудом достойный вклад в формирование и укрепление благополучия семей, охрану материнства и детства.

В результате проводимых мероприятий по реформированию системы здравоохранения достигнуты определенные результаты, которые позволили повысить эффективность и качество оказываемых медицинских услуг населению в целом, и охране здоровья женщин в частности. При этом в формировании современной системы здравоохранения основное внимание уделялось структурной перестройке всей системы здравоохранения, коренному улучшению качества медицинской помощи. Одним из приоритетных направлений государственной политики определена забота о здоровье женщин и решением задач, направленных на достижение основной цели – «Здоровая мать – здоровый ребенок». За прошедшие годы последовательно осуществлены меры по созданию благоприятных условий для рождения и воспитания здорового поколения с целью достижения долгосрочного эффекта – улучшения генофонда нации, повышения в семье медицинской культуры, качества и продолжительности жизни населения. Благодаря этому концепция «Здоровая мать – здоровый ребенок» и Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка получили всеобщее признание, в том числе и за рубежом. Для достижения поставленных целей, прежде всего, были обеспечены женщинам равные условия для получения квалифицированной первичной медико-санитарной помощи в городской и сельской местности. Получили логическое продолжение мероприятия по дальнейшему совершенствованию сферы охраны здоровья женщин. За годы реформ почти в два раза снизилась материнская смертность, увеличился интервал между родами до 2-х

лет и более, изменилась установка семей от многодетности к среднедетности. Положено начало широкому внедрению стратегии «Здорового образа жизни», позволяющей на системной основе обеспечить коренное изменение подходов к здоровью населения, которое должно быть возведено в ранг важнейших ценностей для конкретного человека и для общества в целом. На решение этих и других вопросов реформирования здравоохранения направлено Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 242 от 5 июля 2002 года «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укреплению здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения» определены задачи государственных органов и общественных организаций по повышению культуры в семье и меры по обеспечению развития здорового поколения. В соответствии с Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан №365 от 25 августа 2003 года «О медицинском освидетельствовании лиц вступающих в брак», новобрачные должны пройти медицинское освидетельствование на следующие заболевания: наркоманию, психические заболевания, туберкулез, сифилис, ВИЧ инфекцию. Указ Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» № УП-3923 является основой для углубления и расширения специализированной службы. На основании Указа было организовано 6 Республиканских специализированных научно-практических центров в том числе и Республиканский специализированный научно-практический центр Акушерства и гинекологии, Педиатрии, Дерматологии и венерологии деятельность которых направлена для оказания высокоспециализированной медицинской помощи населению, в том числе и женщинам. За период с 2016 по -2019 годы в Республике вновь организовано 5 Республиканских научно-практических медицинских специализированных центров, которые оказывают медицинскую помощь населению в целом и женщинам в

том числе. Деятельность специализированного научно-практического Центра Акушерства и гинекологии непосредственно направлена на охрану здоровья женщин. Во исполнение Постановления Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007г. “О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики” № ПП-700, проводится широкомасштабная работа по кардинальному повышению качества охраны здоровья женщин. При этом немаловажное место занимает патронирование состояния здоровья будущих матерей, дальнейшее развитие материально-технической базы скрининг – центров, родовспомогательных и педиатрических учреждений, где особое внимание уделяется вопросам охраны здоровья женщин в сельской местности. В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан от 18 июня 2008 года «О государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства» № ПП-892 в республике осуществляется пренатальный и неонатальный скрининг беременных женщин с последующим лечением и коррекцией врожденной патологии плода. С целью изучения причин материнской и младенческой смертности, внесения необходимых коррекций в тактику родовспоможения, профилактики, лечение заболеваемости беременных женщин и предупреждения непредвиденных случаев у женщин и детей Приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 4 августа 2009 года №243 «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения» организован Национальный комитет по проведению конфиденциального расследования случаев материнской смертности, работа которого направлена на охрану здоровья женщин. Мощным импульсом в повышении качества работы в области охраны здоровья матерей и детей явилось Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года № ПП-1096 “О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка,

формированию здорового поколения”, а также, Постановление Президента от 1 июля 2009 года “О программе мер по дальнейшему усилению и повышению проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребёнка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013гг.” № ПП-1144. Лечебно-профилактическими учреждениями с целью реализации этих Постановлений, оказания высококвалифицированной медицинской помощи проводятся ежегодные плановые медицинские осмотры женщин, включая ультразвуковое обследование, с последующим оздоровлением тех, у кого выявлены какие либо заболевания. Кроме того, начиная с 2009 года, во всех регионах республики проводятся “Неделя оздоровления женщин фертильного возраста, детей и девочек-подростков”, с участием высококвалифицированных специалистов практического здравоохранения и ученых республики.

В целях дальнейшего совершенствования системы здравоохранения, улучшения доступа населения к качественным медицинским услугам на уровне первичного звена здравоохранения и районных (городских) медицинских объединений в соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан от 7 сентября 2011 года № ПП-1614 реализуется проект «Совершенствование системы здравоохранения» при финансовом сотрудничестве с Международной ассоциацией развития Всемирного банка. Дальнейшее углубление реформирования системы здравоохранения обеспечивается исполнением Постановления Президента “О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения” № 1652 от 29 ноября 2011 года, на основании которого осуществляется широкий доступ и высокое качество первичной медицинской помощи, повышается эффективность мер по профилактике заболеваний, совершенствуется деятельность специализированных центров по охране здоровья женщин.

Как было отмечено, Министерством здравоохранения с целью достижения Целей развития Тысячелетия ООН по снижению

материнской и младенческой смертности, повышения качества медицинской помощи, оказываемой в родовспомогательных учреждениях беременным, роженицам и родильницам, в свете реформирования системы здравоохранения и совершенствования деятельности медицинских учреждений в Республике приказом № 137 от 18 мая 2012 года «Об организации и обеспечении антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи» утверждено 8 положений касательно вопросов по снижению, отслеживанию, и разбору случаев материнской и младенческой смертности, а также, утверждён Совет Республиканской экспертной комиссии по разбору случаев материнской и младенческой смертности, в состав которой вошли квалифицированные специалисты и видные научные работники.

В целях успешной реализации задач по достижению Целей Развития Тысячелетия, повышения качества медицинской помощи беременным женщинам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи издан приказ Министерства здравоохранения № 137 от 18 мая 2012 года «Об организации и обеспечении антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным женщинам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи» которым утверждено «Положение об организации и оказании антенатального ухода за беременными женщинами в учреждениях первичной медико-санитарной части.» В целях реализации Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан №283 от 3 октября 2012года «О мероприятиях по снижению смертности беременных, рожениц и родильниц в Республике Узбекистан» проводятся мероприятия, направленные на снижение смертности беременных, рожениц и родильниц. Продолжением реализации работы по охране здоровья женщин и детей явилось Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2221 "О Государственной программе по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в

Узбекистане на период 2014-2018 годы" от 1 августа 2014 года. Постановлением отмечено, что в рамках реализации Национальной модели охраны здоровья матери и ребенка «Здоровая мать — здоровый ребенок», Государственной программы «Год здорового ребенка» в республике осуществляется широкомасштабная работа, направленная на дальнейшее укрепление репродуктивного здоровья населения, усиление материально-технической базы и кадрового потенциала медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь в сфере охраны материнства и детства, внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний женщин, детей и подростков. За период с 2009 по 2013 гг., 227 родовспомогательных учреждений республики, оснащены современным медицинским оборудованием созданы современные перинатальные центры в Андижанской, Навоийской, Самаркандской, Сурхандарьинской, Сырдарьинской, Ташкентской, Ферганской и Хорезмской областях, более 1,5 млн беременных женщин в сельской местности обеспечены за счет средств Государственного бюджета поливитаминными комплексами.

Главная цель реформ в здравоохранении это, обеспечение доступности, качества, эффективности и безопасности медицинской помощи. Этому вопросу был посвящен Международный симпозиум "Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: "Здоровая мать – здоровый ребенок" проведенный 6 ноября 2011года в комплексе Маърифат маркази (Enlightenment Center). Основная тема международного симпозиума - глубокий анализ результатов реформ, осуществленных в Узбекистане за годы независимости в целях охраны и укрепления здоровья населения, в том числе здоровья женщин и детей, формирования здорового поколения, создания соответствующей единой национальной модели.

На международном симпозиуме было отмечено: «Сегодня у нас есть все основания заявить, что за годы независимого развития создан практически капитальный фундамент, на котором продолжает строиться и обновляться система здравоохранения страны.

**Во-первых,** сформирована принципиально новая и по-своему уникальная единая система по оказанию бесплатной неотложной высококвалифицированной медицинской помощи населению состоящая из специализированных областных больниц и отделений в городах и районах, отвечающих самым высоким требованиям и международным стандартам, служб скорой медицинской помощи, руководство и координацию деятельности которых осуществляет Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

**Во-вторых,** чрезвычайно важную роль в реформировании системы охраны здоровья людей играет создание в стране более 3200 сельских врачебных пунктов, оборудованных современной медицинской техникой, в которых первичную медицинскую помощь оказывают врачи общей практики.

**В-третьих,** осуществлена оптимизация сети учреждений здравоохранения на районном и областном уровнях, созданы компактные, хорошо оснащенные современным оборудованием и кадрами районные медицинские объединения и областные многопрофильные больницы и поликлиники.

**В-четвертых,** сегодня в стране функционируют 10 республиканских специализированных научно-практических медицинских центров на базе признанных научных школ, где сосредоточены высококвалифицированные, профессионально подготовленные кадры, которые оказывают высокотехнологичные медицинские услуги на современном оборудовании».

В работе международного симпозиума обсуждении вопросы по реализации национальной модели охраны здоровья матери и ребенка Узбекистана выступали министры здравоохранения и руководители делегаций 40 стран участников симпозиума, региональные директора ЮНИСЕФ, ЮНФПА, и международные эксперты с огромным интересом принимали участие около 230 руководителей системы здравоохранения (министры, заместители министров), известные учёные, и специалисты.

За выдающиеся заслуги в организации деятельности ВОЗ в сфере здравоохранения и развития первичной медико-санитарной помощи, реализации Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей бывший Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен была награждена орденом Республики Узбекистан «Соғлом авлод учун» I степени. В выступлении М.Чен отмечено, что «В Узбекистане уделяется огромное внимание сфере здравоохранения, а защита здоровья матери и ребенка определена в качестве приоритетного направления, что является самой верной стратегией не только с точки зрения сегодняшнего дня, но и будущего, ВОЗ с 1991 года видит в Узбекистане высокий уровень политической ответственности в вопросах охраны материнства и детства».

Вместе с тем назрела необходимость проведения дальнейшей работы по дальнейшему усилению комплексных профилактических и лечебно-диагностических мер по предупреждению врожденных и наследственных заболеваний, совершенствованию системы патронажа здоровья матерей и детей, особенно в сельской местности, укреплению материально-технической базы педиатрических и родовспомогательных учреждений. В свете решений указанных задач, Государственная политика по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014 — 2018 годы, была направлена на: обеспечение широкого и равного доступа к качественным медицинским услугам по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков на всех уровнях системы здравоохранения; повышение качества медико-социальной реабилитации детей с отклонениями в развитии, оздоровление детей и подростков-инвалидов, создание необходимых условий для их полноценного участия в жизни общества; укрепление потенциала медицинских кадров в сфере охраны материнства и детства на всех уровнях оказания медицинской помощи, в особенности, в учреждениях первичного звена здравоохранения; на дальнейшее развитие современной

инфраструктуры по оказанию квалифицированной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи матерям, детям и подросткам; на активное привлечение населения к участию в мероприятиях и программах по улучшению ухода за матерями, новорожденными, детьми и подростками, пропаганде преимуществ ведения здорового образа жизни, создания здоровой и благополучной семьи; на совершенствование информационной системы здравоохранения, обеспечение координации, мониторинга и оценки межведомственного взаимодействия и деятельности в реализации мероприятий по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков. Логическим продолжением в реализации приоритетных направлений государственной политики по укреплению здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения, повышению медицинской культуры в семье явился Закон Республики Узбекистан от 11 марта 2019 года “Об охране репродуктивного здоровья граждан”. Целью настоящего Закона является регулирование отношений в области охраны репродуктивного здоровья граждан.

Вместе с проводимыми реформами системы здравоохранения отмечены Постановлением Президента Республики Узбекистан “О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения” от 18 декабря 2018 года выделены негативные моменты и тенденции, отрицательно влияющие на ход реформ. Так например, отмечено в Постановлении: “...В стране последовательно принимаются меры по предупреждению, лечению и контролю неинфекционных заболеваний и факторов их риска, снижению преждевременной смертности и заболеваемости населения. Вместе с тем отсутствует эффективная система координации профилактических мероприятий по охране здоровья населения, что не позволяет применять согласованные меры по ведению здорового образа жизни, поддержанию здорового питания и физической активности граждан. Остается низким уровень медицинской,

санитарно-гигиенической культуры населения, в результате чего основное внимание уделяется лечению заболеваний, а не их профилактике...”.

В целях совершенствования механизмов организации и управления профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения, а также в соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» утверждена «Концепция по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019-2022 годы», разработана «Программа мер по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019-2022 годы». В Концепции определено, что одним из основных критериев оценки эффективности деятельности руководителей государственных органов и организаций является личный вклад в поддержку здорового образа жизни коллектива работников, создание всех необходимых условий для повышения уровня их физической активности, организацию проведения на регулярной основе мероприятий, направленных на достижение указанных задач.

Основными документами дальнейшего совершенствования системы оказания современной высокотехнологичной специализированной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям на современном этапе является Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4513 от 8 ноября 2019 г. «О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям». Постановлением также утверждена Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы, определены

приоритетные направления повышения качества и дальнейшего расширения охвата медицинской помощью женщин репродуктивного возраста, беременных и детей. В частности: отмечена необходимость расширения объема и повышения качества первичной медицинской помощи, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям; формирование современной инфраструктуры для оказания квалифицированной специализированной высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям; укрепление материально-технической базы, а также реконструкция, капитальный ремонт и строительство новых зданий учреждений по оказанию специализированной высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам и детям; реализацию мероприятий по созданию условий для медико-социальной реабилитации и оздоровления, участия в общественной жизни детей с инвалидностью; улучшение качества медицинской помощи, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям, усиление разъяснительной работы среди населения по вопросам рождения, развития и воспитания здорового ребенка, формирование навыков здорового образа жизни среди молодежи. Постановлением определены цели, задачи подготовки, переподготовки и повышения квалификации высококвалифицированных медицинских кадров для обучения передовым технологиям. Утверждена Программа мер по повышению качества и дальнейшему расширению охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям, на 2019-2023 годы. При Кабинете Министров Республики Узбекистан создан Совет по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка, определены основные задачи Совета. Задачами Совета являются:

- обеспечение реализации в каждой области, каждом районе (городе) и безусловного выполнения ответственными исполнителями принятых программ и мероприятий по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка;

- организация и проведение среди населения, особенно молодежи, совместно с медицинскими и образовательными учреждениями, органами самоуправления граждан, Комитетом женщин Узбекистана и СМИ широкой пропагандистской и разъяснительной работы по формированию здоровой семьи, укреплению репродуктивного здоровья подростков, особенно девушек-подростков, охране здоровья матери и ребенка;

- разработка и реализация мер, включающих в себя действенные механизмы по глубокому анализу деятельности учреждений по охране здоровья женщин, координации деятельности в уменьшении материнской смертности. Выполнение всех намеченных задач позволит внедрению качественных мероприятий по охране здоровья женщин. Постановлением одобрен Проект по повышению качества и доступности перинатальной помощи, оказываемой беременным женщинам и младенцам в Республике Каракалпакстан, разработанный Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, представительствами ЮНИСЕФ и Фонда народонаселения ООН в Узбекистане, предназначенный для реализации при финансовой поддержке Многопартнерского трастового фонда по человеческой безопасности для региона Приаралья. Определено, что в рамках Проекта: Советом Министров Республики Каракалпакстан совместно с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан оказывается всестороннее содействие представительствам ЮНИСЕФ и Фонда народонаселения ООН в Узбекистане по своевременной и качественной реализации Проекта с принятием необходимых организационно-практических мер. Постановлением в срок до 1 марта 2020 года Министерству здравоохранения совместно с Министерством инвестиций и внешней торговли, Министерством финансов Республики Узбекистан, а также хокимиятами областей и города Ташкента поручено провести глубокий анализ системы перинатальной помощи, оказываемой женщинам и младенцам в областях и городе Ташкенте, разработать и внести в установленном порядке на утверждение в Кабинет

Министров Республики Узбекистан региональные проекты по повышению качества и доступности перинатальной помощи. Основными целями реализации региональных проектов являются повышение качества перинатальной помощи, приведение уровня инфраструктуры медицинских учреждений, их оснащения медицинским оборудованием и обеспечения кадрами в соответствие со стандартами, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения в сфере охраны материнства и детства; региональные проекты разрабатываются с учетом индивидуальных особенностей каждого региона, в том числе влияния его географического расположения на здоровье населения, уровня материнской и детской заболеваемости и смертности, оснащенности и кадрового потенциала медицинских учреждений, медицинской грамотности населения. Министерством здравоохранения совместно с Министерством инвестиций и внешней торговли Республики Узбекистан в рамках региональных проектов принимаются меры по оснащению учреждений охраны материнства и детства медицинским, в том числе высокотехнологичным оборудованием с привлечением льготных кредитов и грантов зарубежных государств и международных финансовых организаций, а также других внебюджетных средств. На основании Постановления организованы 3 центра, деятельность которых направлена на решение вопросов по дальнейшей охране здоровья женщин и детей.

1. Центр вспомогательных репродуктивных технологий при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии организован за счет внебюджетных средств Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии без образования юридического лица; Основные задачи деятельности Центра вспомогательных репродуктивных технологий. Это: оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи населению на платной основе, лечение бесплодия, применение методов вспомогательных репродуктивных

технологий на основе принятых клинических протоколов и стандартов; внедрение в практику наиболее передовых стандартов диагностики и лечения, отвечающих современным и международным требованиям, налаживание эффективного сотрудничества с медицинскими учреждениями зарубежных государств в данном направлении.

2. Республиканский центр медицинской реабилитации детей (Центр реабилитации). Министерством здравоохранения Республики Узбекистан разработаны и утверждены положение и организационная структура Центра реабилитации и Центра вспомогательных репродуктивных технологий;

3. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр детской хирургии (Центр детской хирургии); В районных (городских) медицинских объединениях организованы отделения детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, а также, дежурство врачебных постов по оказанию круглосуточной экстренной медицинской помощи больным детям. Постановлением Президента разрешено частным медицинским учреждениям осуществление медицинской деятельности по принятию родов. При этом, выдача разрешений на принятие родов, предоставляется исключительно тем частным медицинским учреждениям, которые способны обеспечить соблюдение требований стратегии "Безопасное материнство" ВОЗ, имеют родильное и реанимационное отделения, а также отделения интенсивной реанимации новорожденных, по уходу за преждевременно рожденными младенцами, эндовизуальной гинекологии, поликлиники, бактериологической и клинко-биохимической лаборатории, высококвалифицированных медицинских работников, с условием непрерывного обязательного ведения программы электронного обмена данными между органами здравоохранения и ЗАГС о рождении и смерти. Министерством здравоохранения совместно с Министерством по развитию информационных технологий и коммуникаций и Национальным агентством проектного

управления при Президенте Республики Узбекистан совершенствуется Программа электронного обмена данными между органами здравоохранения и ЗАГС о рождении и смерти, где предусмотрено: ведение в режиме реального времени форм отчетности в сфере охраны материнства и детства, рекомендованных ВОЗ. Начиная с 1 июля 2020 года, ведение Программы электронного обмена данными обязательна во всех учреждениях родовспоможения, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности. Постановлением поручено совместно с Национальной палатой инновационного здравоохранения в соответствии с доказательной медициной пересмотреть клинические протоколы по охране материнства и детства, стандарты диагностики и лечения заболеваний с внесением методов и технологий по современным лечебно-диагностическим услугам. Кроме того, Министерством здравоохранения совместно с Министерством занятости и трудовых отношений и Министерством финансов Республики Узбекистан утверждены штатные нормативы, предусматривающие штатные единицы педиатров и акушеров-гинекологов, за счет пересмотра рабочей нагрузки и оптимизации численности имеющихся врачей общей практики системы службы первичной медико-санитарной помощи. За специалистами, переходящими со специальности врача общей практики на должность педиатра и акушера-гинеколога установлены льготы по сохранению трудового стажа и категории.

Для реализации Программы мер по повышению качества и дальнейшему расширению охвата медицинской помощью женщин репродуктивного возраста, беременных и детей, на 2019-2023 годы определен бюджет 197,1 млрд сумов и 146,5 млн долларов США. Вкладом на эти средства является счета подолевого финансирования средств государственного бюджета, средств исполнителей и благотворительных организаций, кредитных средств и грантов международных финансовых организаций:

	млрд сумов	млн долларов США
Средства Государственного бюджета:	190,4	2,18
Средства исполнителей и благотворительных организаций:	6,69	0,5
Кредитные средства и гранты международных финансовых организаций:	-	143,7

С целью совершенствования механизмов организации и управления профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения, а также в соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» определена стратегия создания в стране качественной системы здравоохранения, обеспечивающая приоритетное направление государственной политики - сохранение и улучшение здоровья населения, в том числе и женщин, формирование условий для воспитания здорового поколения. Указом Президента отмечено, что за годы реформирования системы здравоохранения в области охране здоровья женщин и детей реализован ряд целевых национальных программ по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка. Организованы республиканский и региональные скрининг-центры, обеспечивающие предупреждение рождения детей с наследственными и врожденными заболеваниями. В результате этого за период 1991-2019гг. коэффициент общей смертности уменьшился на 20 процентов, материнской и младенческой смертности - в 3,1 раза. Продолжительность жизни с 1995 года увеличилась на 4,6 года и составила 73,7 года. Вместе с

тем, в Указе Президента, отмечено 7 системных недостатков и проблем в организации деятельности здравоохранения накопившиеся за последние годы, которые препятствуют эффективному решению задач по дальнейшему совершенствованию системы охраны здоровья граждан. В их числе:

**первое,** отсутствуют концепция и стратегические цели в планировании и управлении сферой здравоохранения, в результате чего проводимые реформы носят фрагментарный характер и не позволяют оправдать ожидания и запросы населения по качеству здравоохранения;

**второе,** система сметного финансирования сферы здравоохранения основана на устаревших, не соответствующих международной практике механизмах, что приводит к неэффективному использованию финансовых ресурсов и хроническому недофинансированию отрасли;

**третье,** низкая эффективность работы по профилактике и раннему выявлению заболеваний, патронажу и формированию здорового образа жизни является причиной увеличения обращений граждан за специализированной медицинской помощью;

**четвертое,** слабо развита преемственность между различными уровнями и этапами оказания медицинской помощи населению, включая восстановительное лечение и реабилитацию;

**пятое,** осуществляемая кадровая политика не позволяет прогнозировать перспективы обеспечения специалистами на всех уровнях оказания медицинской помощи, особенно первичного звена, а также подготовки организаторов и управленческого персонала системы здравоохранения;

**шестое,** слабая интеграция медицинской практики с образованием и наукой на фоне низкого инновационного потенциала специализированных центров отражает неудовлетворительный уровень внедрения передовых достижений медицины в лечебно-диагностический процесс;

**седьмое**, отсутствуют единые стандарты в сфере электронного здравоохранения, не внедрены современные программные продукты, обеспечивающие интеграцию и эффективное управление медицинскими услугами, существующие информационные системы и технологии разрознены и носят узконаправленный характер.

Благодаря принимаемым мерам в стране обеспечивается повышение эффективности, качества и доступности медицинского обслуживания населения, достигнуты основные параметры Целей развития тысячелетия ООН. За годы независимости международным сообществом была дана положительная оценка достижениям страны в сфере здравоохранения.

В целях формирования концептуально новых моделей организации и финансирования здравоохранения, обеспечивающих кардинальное повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению Указом Президента № УП-5590 определены важнейшие направления реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, где немаловажное место занимает охрана здоровья женщин и детей. Это вопросы совершенствования системы охраны материнства и детства на основе развития медицинской генетики, экстренной и специализированной медицинской помощи женщинам и детям, внедрения современных программ скрининга, создания в регионах многопрофильных медицинских комплексов и информационных систем «Мать и дитя»; Указом утверждена «Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы» и «Программа мер по реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан в 2019-2021 годах». В соответствии с Указом с 1 апреля 2019 года в порядке эксперимента начато внедрение системы финансирования медицинских организаций за «пролеченный случай» по клинико-затратным группам и подушевого финансирования в 16 ти отдельных районах республики. На основе критического анализа результатов эксперимента, проводится поэтапное распространение с 1 апреля 2020 года новых механизмов

финансирования во всех регионах республики; введение с 1 июля 2019 года механизма смешанного финансирования в стационарных учреждениях областного и районного (городского) уровней здравоохранения, при котором лечение, не входящее в объем гарантированной бесплатной медицинской помощи, осуществляется на платной основе; поэтапное внедрение с 1 января 2021 года обязательного медицинского страхования в Республике Узбекистан.

### **Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям**

1. Расширение и повышение качества медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста и детям, в том числе путем организации:

кабинетов репродуктивного здоровья и безопасного материнства, пренатальной диагностики (скрининг матери), а также детских отделений в центральных районных (городских) многопрофильных поликлиниках;

Дальнейшее совершенствование специализированной высокотехнологической, в том числе микрохирургической и малоинвазивной медицинской помощи матерям и детям.

Поэтапное создание крупных многопрофильных медицинских центров «Мать и дитя» на условиях государственно-частного партнерства, в том числе путем объединения малоэффективных и узкопрофильных государственных медицинских организаций.

### **Ожидаемые результаты от реализации Концепции**

В результате реализации Концепции ожидается:

- достижение национальных целей и задач в области устойчивого развития;

- имплементация стандартов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, других авторитетных международных организаций в национальное законодательство, реализация Международных медико-санитарных правил;

- обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, повышение доступности квалифицированной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, развитие системы охраны материнства и детства;

- законодательное определение объемов гарантированной государством бесплатной медицинской помощи;

- поэтапный охват граждан республики программами обязательного медицинского страхования;

- развитие системы оказания реабилитационной и медико-социальной помощи населению;

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет;

- снижение на 15 процентов показателя материнской смертности;

- сокращение преждевременной смертности на 15 процентов среди населения от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета и хронических респираторных заболеваний;

- снижение уровня заболеваемости населения туберкулезом, ВИЧ, гепатитом и другими инфекционными заболеваниями и др

Степень достижения результатов и их эффективность оценивается на основе постоянного мониторинга реализации мер и индикаторов, эффективности реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019 - 2025 годы предусмотренных в Концепции.

### **Индикаторы**

**эффективности реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019 - 2025 годы.**

### **V пункт Концепции**

**Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям**

<b>№</b>	<b>Индикаторы</b>	<b>2018 г.</b>	<b>2025 г.</b>
----------	-------------------	----------------	----------------

<b>V. Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям</b>			
1.	Охват женщин репродуктивного возраста (15 — 49 лет) современными контрацептивными средствами (%)	47,4 (2017 г.)	55,0
2.	Показатель рождаемости среди девушек-подростков (в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 женщин в данной возрастной группе	19,2 (2017 г.)	7,0
3.	Коэффициент материнской смертности на 100 тыс. живорожденных	21,0 (2017 г.)	15
4.	Коэффициент неонатальной смертности на 1000 живорожденных	7,8 (2017 г.)	5,0
5.	Коэффициент младенческой смертности на 1000 живорожденных	11,5 (2017 г.)	7,5
6.	Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорожденных	15,4 (2017 г.)	9,8

Занятность женщин в общественном производстве весьма высока и не имеет тенденции к снижению. В настоящее время в различных отраслях Республики Узбекистан трудится примерно около 50% всех женщин. Кроме того, следует признать, что у значительной части женщин изменилась психология, в связи с чем они не представляют себя вне работы. Большинство работающих женщин считают работу основой независимого и равного положения с мужчиной, повышающий ее престиж в семье.

Расширяется также начатая работа в рамках реализации Пяти инициатив, которая получает всестороннюю поддержку общественности. В частности, относительно повышения занятости женщин - в 2019-2020 годах планируется строительство швейно-трикотажных предприятий в каждом районе и создание почти 57 тысяч новых рабочих мест для женщин. Сегодня эти проекты дают свои первые результаты.

Вместе с тем нельзя забывать и то, что кроме участия в профессиональной деятельности, женщины существенно больше тратят времени на домашний труд в сравнении с мужчинами. Имеющиеся данные свидетельствуют, что женщины в среднем на домашний труд затрачивают около 30 часов в неделю, что в 2-2,5 раза больше, чем мужчины. Причем, чем меньше ребенок и чем больше детей воспитывает женщина, тем больше ее вклад на ведение домашнего хозяйства и тем меньше у нее свободного времени на укрепление своего здоровья.

В связи с этим Президентом Республики Узбекистан отмечено, “... когда счастлива женщина - счастлива семья, когда счастлива семья, прочны и стабильны все общество и государство...” В целях дальнейшего повышения роли и статуса женщин в общественно-политической жизни страны поставлены следующие важные задачи. Во-первых, десять лет назад женщины составляли более 20 процентов среди членов Сената и депутатов Законодательной палаты. Сегодня этот показатель снизился до 17 процентов в верхней палате и 16 процентов в нижней палате. При этом, по данным ООН, представительство женщин в парламентах растет во всем мире и в 2018 году достигло уровня 24,3 процента. В национальном избирательном законодательстве исходя из мировой демократической практики определена 30-процентная квота для участия женщин кандидатами в выборах в парламент и местные Кенгаши. Рост представительства женщин в парламенте и местных Кенгашах позволяет учесть интересы и мнение женщин в законотворческом процессе, а также гендерный вопрос при формировании государственного бюджета. В 2017 году в Законодательной палате была образована Комиссия по вопросам семьи и женщин. Но она почему-то не заработала, задачи, определенные в Положении комиссии, так и остались на бумаге. Во-вторых, в связи с отсутствием в системе Олий Мажлиса Республики Узбекистан отдельной структуры, непосредственно занимающейся вопросами женщин, нацеленной на укрепление семьи, защиту материнства и детства,

обеспечение прав, свобод и законных интересов женщин, повышение их статуса в обществе. В-третьих, за прошедшие два года принято и направлено к исполнению 15 нормативно-правовых актов по коренному улучшению положения женщин в соответствии с требованиями международных стандартов. Однако наши сенаторы и депутаты не должным образом занимаются выполнением своих прямых обязанностей. Необходимо повысить активность и инициативность. В ближайшее время нам надо принять два новых закона - "О гарантиях равных прав и возможностей для мужчин и женщин" и "О защите женщин от притеснений и насилия".

В-четвертых, в нашей стране активно развиваются институты гражданского общества. Однако, из более чем 9 тысяч негосударственных некоммерческих организаций женскими вопросами занимаются лишь 376. Этого, конечно же, недостаточно. Незаметно участие этих организаций в поддержке женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, предупреждении правонарушений среди них, обеспечении работой. В большинстве случаев эти организации заняты лишь проведением формальных собраний и мероприятий. Для коренного улучшения ситуации предложено ориентировать деятельность Сената на решение следующих актуальных вопросов.

В первую очередь, необходимо усилить законотворческую деятельность и парламентский контроль по укреплению семьи, защите материнства и детства, обеспечению прав и свобод, законных интересов женщин, активизации их участия в общественной, экономической, политической, правовой и культурной жизни. Еще один важный вопрос - обеспечение женщин работой, создание условий для приобретения ими современных профессий, развитие у них деловых навыков, широкое вовлечение в предпринимательство.

Очередной актуальной задачей является укрепление здоровья женщин, содействие повышению медицинской культуры в семьях, усиление эффективности просветительской и воспитательной работы на местах, в частности в махаллях, среди женщин. В этом плане особо

важное значение имеет вопрос подготовки девочек к самостоятельной жизни, обучения их современным знаниям и профессиям, реализации их способностей и потенциала в науке, культуре, искусстве и спорте.

Наряду с этим в центре постоянного внимания должны находиться вопросы предотвращения правонарушений и преступности среди женщин, торговли людьми, а также таких негативных явлений, как распад семьи, ранние браки, случаи суицида. В этом направлении важной задачей остается выполнение взятых страной международных обязательств в области обеспечения прав и интересов женщин. Для выполнения целей и задач необходимо последовательно продолжать начатую работу по возвращению оступившихся лиц к нормальной жизни, укреплению атмосферы мира и согласия в семьях, махаллях и обществе в целом. Для реализации этих чрезвычайно важных и актуальных задач в Сенате Олий Мажлиса Республики Узбекистан создана новая структура - Комитет по вопросам женщин и гендерного равенства.

В заключение необходимо отметить, что государственный характер проводимых реформ предусматривает обязательность исполнения всех законодательных и регламентирующих документов в области охраны здоровья женщин, разработку целевых приоритетных программ. При этом соблюдая основные принципы работы учреждений охраны материнства:

**принцип объединения** – это объединение работы учреждений охраны материнства амбулаторно-поликлинического и стационарного типа (родильный дом – женская консультация, акушерские комплексы);

**-принцип преемственности** предусматривает преемственность в работе между родильным домом, женской консультацией и детской поликлиникой;

**-система чередования** состоит из работы врачей на дому, амбулаторного и стационарного приема больных;

**-принцип правовой защиты** основан на законодательных документах в области охраны здоровья женщин-матерей, которые согласуются с охранно-правовыми документами ВОЗ;

**-принцип участковости** является главным организационным требованием работы лечебных учреждений первичного звена по вопросам охраны материнства и детства.

**Деятельность государственной системы охраны здоровья женщин направлена на реализацию комплекса социально-экономических, и лечебно-профилактических мероприятий мер по: оптимизации образа жизни в семье, укреплению здоровья женщин, обеспечению условий нормальной жизнедеятельности, который обеспечивает гарантии гражданских прав женщин и мер поощрения материнства, разработку и обеспечение выполнения законодательных актов о браке и семье, охрану женского труда, государственную материальную и социальную помощь малоимущим семьям, качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь.**

### **3.3. Стратегические программы и проекты, направленные на охрану здоровья женщин**

В Республике под Государственным руководством осуществляются стратегические программы и проекты, деятельность которых направлена на охрану здоровья женщин. Это: стратегическая программа «Эффективный перинатальный уход», стратегическая программа «Профилактика передачи ВИЧ - инфекции от матери ребенку», проект «Стратегия улучшения питания населения Республики Узбекистан», проект «Профилактика и ликвидация дефицита витамина А», проект «Профилактика дефицита железа и фолиевой кислоты», проект «Профилактика йододефицитных состояний», Национальная программа «Фортификации муки», проект «Внедрение критериев живо - мертворождения в Республике Узбекистан по рекомендации Всемирной организации здравоохранения» и др. Основная задача стратегических программ и

проектов заключается в охране здоровья женщин, снижении уровня заболеваемости, снижении материнской смертности, внедрении безопасного материнства, улучшении качества жизни.

Государством в соответствии с 5-летним планом по выполнению программ по улучшению питания, фортификации муки, йодированию соли, обеспечению витаминными препаратами женщин фертильного возраста. обеспечивается ежегодное выделение бюджетных средств на приобретение поливитаминных комплексов, позволяющих ежегодно оздоровить свыше 400 тыс. беременных, что способствовало снижению показателей заболеваемости женщин, уменьшению в 2 раза анемии среди женщин фертильного возраста.

Усилена работа, проводимая по профилактике, своевременному выявлению и лечению заболеваний, особенно среди беременных, путём внедрения современных технологий и методов диагностики в охране репродуктивного здоровья, оказании эффективной перинатальной помощи.

### **Стратегическая программа «Эффективный перинатальной уход»**

В стратегической программе «Эффективный перинатальной уход» уделяет особое внимание целому ряду стратегий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка до, во время и после беременности. Они включают:

- Обеспечение соответствующего уровня охраны материнства.
- Наличие обученного медперсонала для оказания медицинской помощи во время родов.
- Обеспечение чистой среды для приема родов.
- Доступность специализированной помощи.
- Наблюдение за возможным появлением осложнений у всех женщин.
- Обеспечение доступности неотложной акушерской помощи.
- Обучение и информирование женщин о беременности и родах, о симптомах возможных осложнений с тем, чтобы они могли участвовать в принятии решений.

- Доступность служб по охране репродуктивного здоровья.
- Наличие клинических руководств, стандартов, протоколов, которые необходимо соблюдать для ведения беременности и родов, с целью предупреждения неотложных акушерских состояний (кровотечение, эклампсия и др.).

ВОЗ считает, что качественное наблюдение за матерями должно включать следующее:

- Создание эффективно действующих государственных служб для удовлетворения потребностей женщины и ее партнера и/или семьи.
- Наличие квалифицированной акушерки для оказания первичной помощи в родах, которая должна иметь соответствующий опыт для оценки состояния женщины и направления ее в стационар при появлении симптомов возможных осложнений в период беременности, родов или после родов.
- Наличие инфраструктуры во всех частях страны, обеспечивающая, при необходимости, срочную госпитализацию.
- Соответствующая система поддержки, направленная на удовлетворение социально-экономических и психологических потребностей женщин и их семей.
- Обеспечение базовой программы обучения акушерок, направленной на повышение уровня знаний с основным упором на клинический опыт.
- Проведение непрерывной образовательной программы для всех профессиональных медработников, сочетающей теоретические знания и клинические навыки.
- Истинную заинтересованность в стратегии безопасного материнства всех работников системы здравоохранения. Это предполагает качественные медицинские услуги, разработку новых клинических направлений и критический анализ традиционных подходов.

**Основные цели программы «Эффективный перинатальной уход»:**

- Снижение уровня материнской и перинатальной смертности и заболеваемости, одновременно стремясь к улучшению качества ухода и более рациональному использованию ресурсов.
- Пропаганда соблюдения основных прав человека, включая право иметь семью, право на жизнь и на охрану здоровья.
- Осуществление активных действий в организации качественных медицинских услуг и участия семьи и общества в данном процессе.
- Совершенствование действующего законодательства и дальнейшее реформирование системы здравоохранения.

**Основополагающие принципы программы «Эффективный перинатальный уход»** были разработаны Целевой группой ЕРБ ВОЗ по перинатальной помощи на встрече в Венеции в 1998 году. В последующем эти принципы получили широкую поддержку и распространение по всему региону. Современный подход к перинатологии подразумевает такой уход, который принимает во внимание информационные, социальные и эмоциональные потребности всех беременных женщин и их семей во время беременности, родов и послеродового периода, а также их потребности в комфорте и поддержке. Эта модель ухода основывается на убеждении, что деторождение – это нормальное и приятное событие в жизни. Иногда эту модель также называют «роды, ориентированные на участие семьи». Важно поддерживать преемственность антенатального ухода – чтобы антенатальный уход предоставлялся одним и тем же медработником на протяжении всей беременности. Непрерывная связь между женщиной и акушеркой или врачом может способствовать развитию взаимного доверия и уважения. Этот тип ухода имеет такие особенности, как умение выслушать женщину и понимание ее проблем, предоставление ей достоверной информации и поддержка ее выбора, исходя из ее индивидуальных потребностей.

В практику здравоохранения внедряются: партнерские роды, демедицинализация нормальной беременности и родов, использование партограммы в родах, современные принципы реанимации

новорожденных, уход за здоровым и больным ребенком, совместное пребывание матери и ребенка, принципы успешного грудного вскармливания.

Вышеуказанные технологии направлены на снижение частоты необоснованных вмешательств в течение родов и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Внедрение стандартов антенатального ухода медицинским персоналом должно осуществляться путем активного вовлечения в данный процесс семьи и махаллинских активистов для осуществления поддержки женщин в период беременности, родов и после родов.

Международная инициатива «Безопасное материнство» преследует главную цель – понимание современной концепции ухода за беременными, роженицами, родильницами и новорожденными. Главной задачей является улучшение знаний о роли и ответственности медицинского персонала, психосоциальных аспектов материнства и детства, изменчивости антенатального ухода, повышение эффективности перинатальной помощи путем совершенствования организационных и управленческих мер, понимание и применение в повседневной практике основных принципов доказательной медицины.

Вклад в материнский и перинатальный уход представляется жизненно важным и экономическим инвестированием, способствующим укреплению здоровья женщин и детей, их благополучию и вкладу в общество.

### **Внедрение стратегии ВОЗ по «Профилактике передачи ВИЧ- инфекции от матери ребенку»**

По данным ЮНЭЙДС в 2008 г. количество людей, живущих с ВИЧ, составило 33,2 миллиона человек, в 2019 г общемировое число людей, живущих с ВИЧ, составляло 38,0 [31,6–44,5] млн человек. 25,4 [24,5–25,6] млн людей получали лечение в рамках антиретровирусной

терапии (2019 г.). Число новых случаев заражения ВИЧ составило 1,7 [1,2-2,2] млн. (2019 г.). Число людей, умерших от сопутствующих СПИДу болезней, составило 690 000 [500 000–970 000] человек. (2019 г.). При этом 75,7 [55,9–100] млн человек заразились ВИЧ с начала эпидемии, 32,7 [24,8–42,2] млн человек умерли от сопутствующих СПИДу болезней с начала эпидемии. В 2019 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 38,0 [31,6–44,5] млн человек: 36,2 [30,2–42,5] млн взрослых, 1,8 [1,3-2,2] млн детей (в возрасте 0-14 лет). В 2019 г. 81% [68–95%] всех людей, живущих с ВИЧ, знали свой статус. Около 7,1 млн людей не знали о том, что они живут с ВИЧ. По состоянию на конец 2019 года 25,4 [24,5–25,6] млн людей получали лечение в рамках антиретровирусной терапии, по сравнению с 6,4 миллиона [5,9-6,4 миллиона] в 2009 году. 67% [54–79%] всех людей, живущих с ВИЧ, имели доступ к лечению в 2019 году. 68% [54–80%] взрослых в возрасте 15 лет и старше, живущих с ВИЧ, и 53% [36–64%] детей в возрасте 0–14 лет имели доступ к лечению. 73% [60–86%] взрослых женщин в возрасте 15 лет и старше имели доступ к лечению, в то время, как только 61% [48–74%] взрослых мужчин в возрасте 15 лет и старше имели доступ. В 2019 году 85% [63–100%] беременных женщин, живущих с ВИЧ, имели доступ к лечению с применением антиретровирусных препаратов с целью предотвращения передачи вируса плоду. Число новых случаев заражения ВИЧ сократилось на 40% по сравнению с 1998 годом, когда этот показатель достиг пикового значения. При этом абсолютное число новых случаев заражения ВИЧ в 2019 году снизилось до 1,7 [1,2– 2,2] млн по сравнению с 2,8 [2,0–3,7] млн в 1998 году. Показатель новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди взрослых в 2019 году, по оценкам, снизился на 23% относительно 2010 года, с 2,1 [1,6–2,9] млн до 1,7 [1,2–2,2] млн. Показатель новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди детей в 2019 году снизился на 52% относительно 2010 года, с 310 000 [200 000–500 000] до 150 000 [94 000–240 000]. Все это говорит о большой планомерной работе общественного здравоохранения,

санитарных служб, практического здравоохранения и широкой общественности в целом.

Число людей, умерших от сопутствующих СПИДу болезней, снизилось на 60% относительно пикового показателя 2004 года. В 2019 году общемировое число умерших от сопутствующих СПИДу болезней составило 690 000 [500 000–970 000] человек. Для сравнения в 2004 году этот показатель составлял 1,7 [1,2–2,4] млн человек и 1,1 [830 000– 1,6] млн человек в 2010 году. Смертность вследствие СПИДа снизилась на 39% с 2010 года. Результаты недавнего моделирования показали, что полное прекращение лечения ВИЧ на шесть месяцев может привести к увеличению числа смертей от заболеваний, связанных со СПИДом, более чем на 500 000 [471 000-673 000] случаев. Если бы услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку были также приостановлены на шесть месяцев, то, согласно оценкам, рост числа новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей составил бы 162% в Малави, 139% в Уганде, 106% в Зимбабве и 83% в Мозамбике. Ежедневно около 5500 молодых женщин в возрасте 15-24 лет заражаются ВИЧ. В странах Африки к югу от Сахары пять из шести новых случаев инфицирования среди подростков в возрасте 15-19 лет приходится на девочек. Вертикальный путь – передача ВИЧ от инфицированной матери плоду во время беременности (5-10%), родов (около 15%) и ребенку при кормлении грудью (5-15%). Способствовать передаче вируса могут: высокая вирусная нагрузка у матери (ранняя или поздняя стадии ВИЧ инфекции, СПИД, вирусное, бактериальное или паразитарное заболевание плаценты, инфекции передаваемые половым путем и вызывающие высокую проницаемость сосудов). Процент передачи ВИЧ от матери к ребенку составляет по данным различных авторов от 25 до 40% (без проведения профилактических вмешательств). Однако, при проведении ряда мероприятий, направленных на предотвращение трансмиссии вируса от матери к ребенку, этот риск снижается до уровня ниже 2%.

Одной из целей Декларации о приверженности, принятой на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, является сокращение доли ВИЧ-инфицированных младенцев к 2015 году — на 75% от уровня 1990 года. Узбекистан привержен выполнению Целей Развития Тысячелетия. С 2006 года Министерством здравоохранения реализуются программы, основанные на Европейской Базовой стратегии профилактики ВИЧ – инфекции у детей грудного возраста.

**Первичная профилактика ВИЧ – инфекции.** Предотвращение ВИЧ – инфицирования женщин внесет заметный вклад в профилактику передачи инфекции детям грудного и раннего возраста. Таким образом, программы профилактики ВИЧ – инфекции должны быть направлены на широкий диапазон женщин, находящихся в группах риска, их партнеров, с особым акцентом на молодежь.

**Предупреждение нежелательной беременности у ВИЧ – инфицированных женщин.** ВИЧ – инфицированным женщинам, должна предоставляться основная лечебно – профилактическая помощь и поддержка, в том числе, со стороны служб, занимающихся вопросами охраны репродуктивного здоровья, с тем, чтобы ВИЧ – инфицированные женщины могли принимать решения относительно своей будущей репродуктивной жизни с учетом полученной информации.

**Профилактика передачи инфекции от ВИЧ – инфицированных женщин их детям,** включает конкретные мероприятия. Использование антиретровирусных препаратов беременными женщинами, с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, безопасные методы родоразрешения, а также консультирование по вопросам вскармливания грудных детей и дальнейшее ведение детей, обученными специалистами.

**Первичная профилактика ВИЧ- инфекции.**

Не умаляя важности каждого из 4 элементов Базовой стратегии, следует все же отметить, что первичная профилактика ВИЧ-

инфекции среди женщин репродуктивного возраста представляется наиболее важной в конкретном контексте региона. Нынешний низкий уровень распространенности ВИЧ - инфекции среди беременных женщин создает уникальную возможность для предотвращения роста числа ВИЧ - инфицированных женщин и детей. Предложение качественного консультирования и тестирования всем беременным женщинам, обращая основное внимание на первичную профилактику – один из ключевых компонентов усиления работы с населением в первичном звене здравоохранения.

### **Проект «Стратегия улучшения питания населения Республики Узбекистан»**

Стратегия улучшения питания населения Республики Узбекистан на 2009-2011гг., является одним из компонентов Национальной Стратегии повышения благосостояния населения Республики Узбекистан на 2008-2011 годы. Она базируется как на международном опыте, так и на опыте, накопленном в ходе реализации в 1998–2006 г.г. национальных проектов по фортификации пшеничной муки, йодированию поваренной соли, пропаганде грудного вскармливания и саплементации микроэлементами женщин фертильного возраста и детей до 5 лет, осуществленных при содействии внешних доноров.

В Республике созданы основы законодательной и нормативной базы для обеспечения безопасности и качества пищевой продукции. Приняты Законы «О сертификации продукции», «О санитарно-эпидемиологическом надзоре», «О профилактике йододефицитных заболеваний» и другие. На основе фундаментальных исследований вновь установлены оптимальные уровни потребления пищевых и биологически активных веществ, сформулированы принципы рационального питания населения. В результате значительно улучшилась ситуация с обеспеченностью населения йодированной

солью. Объем производства йодированной соли достиг 53% от общего объема выпуска отечественной соли.

Активно реализуются меры по охране детства и материнства, поддержке и расширению грудного вскармливания, пропаганде и организации здорового образа жизни.

Правительством реализуется Национальная программа по фортификации муки (Указ Президента Республики Узбекистан № ПП-153), которая предусматривает профилактику дефицита микроэлементов и витаминов путем обогащения пшеничной муки этими веществами. Данная программа осуществляется Министерством здравоохранения и акционерной компанией «Уздонмахсулот» при поддержке Всемирного банка, Глобального Альянса по улучшению питания и ЮНИСЕФ. В настоящее время фортифицируется около 30% муки, потребляемой в стране. Анализ показывает, что реализация саплементации железом/фолиевой кислотой и первого этапа проекта по фортификации муки позволила сократить распространенность анемии среди детей первых 5 лет жизни в Республике Каракалпакстан, Хорезмской и Ферганской области - с 66,6% (данные 2002 года) до 32,9%, анемии среди небеременных женщин – с 61,5% до 37,6%. Распространенность заболеваний, обусловленных дефицитом йода, которая в 2003 году составляла 47,7% , в 2007 году составила уже 28,6% от общего числа исследуемых детей.

### **Основные проблемы здоровья населения, женщин и детей Республики Узбекистан, связанные с питанием**

Несмотря на позитивную динамику основных показателей питания населения, наблюдающуюся в последнее десятилетие, ряд его индикаторов показывают имеющиеся проблемы, которые требуют своего решения.

Большинство индикаторов питания детей, указывают на дефицит потребления нутриентов по сравнению с нормами, установленными ВОЗ. Так показатель распространенности у детей низкого веса при

рождении в 2000 году составлял 4,8%, неоптимального грудного вскармливания - 74%, анемии - 49%, дефицита ретинола (витамина А) - 53%, отставания в росте – 19%. Дефицит потребления ряда нутриентов взрослыми проявлялся в том, что частота анемии среди матерей составила 68%, а распространенность йододефицитных заболеваний - 24%.

Все более распространенными в Узбекистане становятся избыточный вес и ожирение, которые являются ведущими факторами риска различных хронических заболеваний, включая артериальную гипертензию, сахарный диабет 2 типа, ишемическую болезнь сердца и нарушения кровообращения. В 2002 году частота ожирения среди женщин составила 28%, среди мужчин - 32%.

### **Региональные особенности питания, обуславливающие связанные с ним основные проблемы здоровья населения Республики Узбекистан**

Питание - один из существенных компонентов благосостояния населения. Это проявление культуры народа, тесно связанное с условиями и укладом жизни, с его традициями. Они определяют национальные пищевые предпочтения, ограничения и правила поведения, связанные с приготовлением и приемом пищи.

В питании коренных народов Узбекистана нашли отражение региональные особенности источников и условий формирования продовольственной базы, приводящие к преобладанию в рационе продуктов, содержащих углеводы и жиры растительного происхождения, к дефициту ряда микроэлементов, низкому потреблению овощей и фруктов, богатых витаминами, к обильному употреблению чая, препятствующего усвоению части из них. В Узбекистане процент ожирения 15,3%. Более того, для Узбекистана характерен низкий уровень обеспеченности белком и энергетической ценности рациона питания. Заболеваемость анемией. За отчетный период 2000-2018 гг. наблюдается снижение количества людей, страдающих анемией.

Анемия – последствие нехватки железосодержащих продуктов питания, в том числе мяса и бобовых, в которых население испытывает высокую степень неудовлетворения физиологических потребностей в основных продуктах питания, а также высокий уровень потребления продуктов, смывающих железо, в том числе молоко и чай. Заболеваемость анемией Источник: данные Государственного комитета по статистике В этих целях приняты и реализуются: - Закон Республики Узбекистан “О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения”, - Концепция и Комплекс мер по обеспечению здорового питания населения Республики Узбекистан на период 2015-2020 годы.

Заболеваемость анемией на 100 тыс. населения в 2018 году составила детей в возрасте до 5 лет – 11,1 тыс.чел беременных женщин – 2,8 тыс. чел. Исследование ЮНИСЕФ, проведенное в 2017 году, также показало, что анемия среди женщин фертильного возраста составила 20%, у детей до 5 лет - 15%. Таким образом, по результатам проведенного исследования ЮНИСЕФ анемия среди женщин фертильного возраста снизилась в 3 раза, у детей до 5 лет – в 4 раза (поскольку по результатам проведенного в 1996 году медико-демографического исследования ЮСАИД в Узбекистане: анемия среди женщин фертильного возраста составляла 60%, среди детей до 5 лет - 61%). Целевой ориентир к 2030 году снизить заболеваемость анемией на 50% по сравнению с 2018 годом. В целях профилактики анемии в Республике Узбекистан мука фортифицируется микроэлементами и витаминами. В 2019 году в состав фортификанта включен витамин В12. Во всех регионах республики среди врачей первичного звена здравоохранения проведены обучающие семинары по внедрению стандартов и профилактике железодефицитной анемии в группах риска. Активно ведутся пропагандистские меры через телевизионные и радиопередачи.

Описанные выше основные проблемы здоровья населения Республики Узбекистан обусловлены нехваткой в традиционном

рационе железа, фолиевой кислоты, ретинола (витамина А), а в почве – йода.

В рамках исполнения государственных программ продолжается реализация мер, направленных на улучшение питания населения путем предоставления дополнительных микронутриентов, особенно матерям и детям, обеспечения беременных женщин комплексами поливитаминов; саплементации витамином «А» детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет; фортификации муки и йодирования соли. В целях реализации комплекса мер, направленных на улучшение экологической и социально-экономической обстановки, условий проживания населения в регионе Приаралья, для поддержания здоровья будущих матерей, ежегодно 78 тыс. беременных 18 женщин, проживающих в Республике Каракалпакстан и Хорезмской области, обеспечиваются поливитаминами комплексами. Ежегодно, по республике около 3,2 млн. детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет (99,1%) охвачены саплементацией витамином «А»; В 2018 году фортифицировано (обогащено витаминными и минеральными добавками) более 1,6 тонн, а за девять месяцев 2019 года более 1,2 тонн муки. Продолжается производство обогащенной йодом соли. Согласно данным Исследования по питанию проведенного ЮНИСЕФ в 2017 году, Узбекистан добился значительных успехов в снижении задержки роста детей. В настоящее время, данный показатель составляет 8,7%, что представляет собой низкий риск для здоровья населения. Тем не менее, от региона к региону наблюдаются существенные различия: от 2,7% в Ташкенте до 15,1% в Сырдарьинской области. Все изложенные проблемы в области питания и позитивные практические результаты программ и проектов по фортификации пшеничной муки, йодированию поваренной соли, пропаганде грудного вскармливания и саплементации микроэлементами женщин фертильного возраста и детей до 5 лет доказывают целесообразность разработки и реализации Стратегии улучшения питания населения Республики Узбекистан.

Основная цель Стратегии – институционализация и масштабирование достигнутого, для чего предполагается создание общенациональных механизмов управления, обеспечивающих координацию и расширение деятельности по улучшению питания населения на территории всей страны.

### **Ожидаемые результаты реализации программы «Стратегии улучшения питания населения Республики Узбекистан»**

К 2030 году поставлена задача обеспечить сбалансированность и высокое качество питания в необходимых объемах с доступом всех слоев населения, особенно социально уязвимых слоев населения, включая младенцев, круглогодичным доступом к жизненно важным и безопасным продуктам питания. Индикаторами успеха реализации Стратегии является сокращение относительного уровня частоты рождения детей с низким весом - на 5%, показателя связанной с ним младенческой смертности - на 20%, частоты врожденных дефектов нервной трубки у детей - на 50%, количества детей в возрасте до 2 лет с задержкой роста - на 10%, распространенности дефицита витамина А среди детей первых 5 лет жизни - до 23%, распространенности анемии среди женщин фертильного возраста - на 20%, распространенности заболеваний, обусловленных дефицитом йода, среди беременных женщин - до 30 %, распространенности дефицита фолиевой кислоты среди взрослых - на 50%, и увеличение относительно уровня старта программы количества детей первых 6 месяцев жизни, находящихся на исключительно грудном вскармливании, - на 50%, уровня сывороточного железа у детей раннего возраста - на 10% по отношению к стартовым показателям начала реализации программы.

### **Проект «Профилактика и ликвидация дефицита витамина А (ДВА)»**

Как известно экономические последствия недостатка микроэлементов в организме человека весьма высоки. При дефиците железа продуктивность работника тяжелого труда снижается на 17%, работников среднего и легкого труда – на 5%. При дефиците железа и

йода снижение познавательных способностей составляет 4-10%. Дефицит витамина А повышает детскую смертность на 20-23%.

Дефицит Витамина А (ДВА) является одной из важнейших проблем здоровья населения во многих странах мира. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), на сегодняшний день в мире около 275 млн. людей страдают, а от 250 до 500 тысяч людей теряют зрение от ДВА. Наиболее уязвимым контингентом являются дети первых 5 лет жизни и женщины репродуктивного возраста.

Каждый год в мире: 140 миллионов детей дошкольного возраста и 7 миллионов беременных женщин страдают от ДВА; 4,4 миллионов детей и 6,2 миллионов женщин страдают от ксерофтальмии; 1,2-3 миллиона детей умирают в результате ДВА.

Свыше 118 стран мира имеют проблемы по ДВА. В Узбекистане также имеются проблемы по ДВА, требующие своего решения. Уровень распространенности ДВА достигает пика среди детей в возрасте 12-23 месяцев (61%), когда ребенка отнимают от груди, в результате чего сокращается регулярное поступление витамина А через грудное молоко.

Данная проблема является не только медицинской, но и социальной, решение которой требует межсекторального подхода. Профилактика и ликвидация дефицита витамина А позволит, уменьшить заболеваемость органов зрения, респираторных и диарейных заболеваний, анемию среди женщин. Ежегодно, по республике около 3,2 млн. детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет (99,1%) охвачены саплементацией витамином «А»;

### **Проект «Профилактика дефицита железа и фолиевой кислоты»**

Дефицит железа у детей в возрасте 6-24 месяцев нарушает нормальное развитие мозга, вызывает задержку роста, снижение иммунитета, приводит к неудовлетворительной школьной посещаемости и понижению уровня концентрации и памяти.

Анемия среди беременных женщин повышает риск кровотечения и бактериальной инфекции при родах. У таких женщин могут родиться младенцы, страдающие от инфекций, ослабленного иммунитета, плохой успеваемости, замедленного физического развития. Младенцы рождаются анемичными, если они не получают достаточного запаса железа от матери во время беременности и родов.

Распространенность анемии наиболее высока в возрастной группе 12-23 мес, более 70% имеют какую-либо форму анемии. В этом возрасте она наносит наиболее непоправимый ущерб ребенку. Дети в возрастной группе 12-23 мес. должны рассматриваться как высокоприоритетная группа для проведения вмешательств и лечения анемии. Тяжелая анемия считается насущной проблемой общественного здравоохранения, если распространенность превышает 2 процента в любой группе.

Важной проблемой является дефицит фолиевой кислоты. Каждый год в мире более 300000 детей рождаются с серьезными заболеваниями и врожденными аномалиями, обусловленными дефицитом фолиевой кислоты. Это – спинномозговая грыжа, хондродистрофия, мозговая грыжа, анэнцефалия, орофациальные аномалии – «заячья губа», «волчья пасть» и другие. Международный опыт показал, что в странах, где распространенность анемии среди женщин превышает 30%, необходимо принимать срочные профилактические меры, включающие интегрированный подход: краткосрочный (достигается наиболее быстрый результат, но неустойчивый) – сапплементация железом и фолиевой кислотой, средне-срочный – фортификация продуктов питания железом и фолиевой кислотой и долгосрочный – изменение привычек питания населения. Фортификация и, самое главное, изменение привычек питания обеспечивают устойчивость в решении проблем с дефицитом микронутриентов. Успех реализации этих методов зависит от мер общественного здравоохранения, в частности от менеджмента и поддержки внедрения данной программы по всей стране. В

соответствии с этим, правительство Узбекистана приняло трехкомпонентную стратегию профилактики дефицита железа и фолиевой кислоты – фортификация муки железом и другими минералами, саплементация железом и фолиевой кислотой и пропаганда изменения питания. За последние годы Узбекистан предпринял эффективные меры в обеспечении продовольственной безопасности, в том числе в 2018 году в стране был разработан проект закона «О продовольственной безопасности». По первым необходимым, жизненно важным продуктам питания Узбекистан полностью удовлетворяет внутреннюю потребность в зерне, соли, растительном масле, яйцах, сахаре, картофеле, плодовоовощах, бахчевых продуктах и винограде. Из них за счет собственного производства свыше 70% составляет - зерно и яйца; свыше 100% – масло растительное, молоко, картофель, овощи, плоды, бахчевые, виноград, соль, сахар. Несмотря на столь значительный прогресс в борьбе с голодом, процент ожирения составляет 15,3%. Более того, для Узбекистана характерен низкий уровень обеспеченности белком и энергетической ценности рациона питания.

### **Проект “Профилактика йододефицитных состояний”**

Все жители эндемических регионов по дефициту йода испытывают отрицательное воздействие недостаточного потребления йода и подвержены риску снижения умственных способностей. Наиболее значительному риску подвергаются беременные женщины по причине пагубного воздействия дефицита йода на развивающийся плод, которое может вызвать поражение мозга. Некоторые дети, родившиеся у матерей с дефицитом йода, страдают от крайней физической и умственной отсталости, выражающихся в зобе (увеличение щитовидной железы), дефектах речи, глухоте и кретинизме. Многие дети страдают также от повреждения мозга и потери баллов коэффициента умственного развития, что препятствует их полному развитию. Эти кажущиеся нормальными дети могут в дальнейшем столкнуться с проблемами обучения в школе.

Как известно, йододефицитные состояния могут быть предотвращены йодом, принимаемым в крошечных количествах на регулярной основе на протяжении всей жизни – при очень незначительных затратах (5 центов США на человека в год) путем универсального йодирования соли.

В 2002 году в Узбекистане лишь 19% домохозяйств употребляли йодированную соль (МИКИ, 2002), в связи с чем, с целью всесторонней защиты новорожденных остро стоит вопрос обеспечения универсального йодирования соли потребляемой всеми женщинами, особенно в течении периода беременности. В этом плане Правительством республики проводится большая работа по профилактике йододефицитных состояний. Так, например:

- В 2005 году государством принята Национальная программа по предотвращению нарушений, вызванных недостаточностью йода на период 2005-2009 гг.

- Государственная программа включает в себя мероприятия, направленные на достижение всеобщего йодирования соли, и предусматривает ежегодный мониторинг качества соли с точки зрения концентрации йода во время производства и продажи.

- ЮНИСЕФ инициировал мероприятия по мониторингу йодирования соли на этапах производства и реализации совместной работы с Ассоциацией защиты прав потребителей Узбекистан и в тесном контакте с Министерством здравоохранения и средствами массовой информации.

- Вторым крупным достижением стала организация стабильных закупок йодата калия через Меморандум о взаимопонимании, подписанный между Министерством здравоохранения и международным детским фондом ЮНИСЕФ..

Исследования, проведенные сотрудниками НИИ эндокринологии МЗ РУз, в 2007 г показали, что на первом этапе мониторинга (на уровне производства) вся обследованная соль йодирована в неполном объеме — 22 %, а соль, отвечающая современным требованиям, составляет 78%. На стадии реализации (второй этап мониторинга) в

5,1% случаев йод не обнаружен, в 33% обнаружено неполноценное йодирование и только в 62% выявлено качественное йодирование пищевой поваренной соли. На стадии потребления, в домохозяйствах в 28,1% случаев йод в соли не обнаружен, в 15% обнаружен в неполном объеме и только в 56% случаев соответствует стандартам ГОСТ. Распространенность эндемического зоба составила 41%.

Сравнительный анализ распространенности диффузного зоба I и II степени показал, что доля данного заболевания составила в целом 72,8% в 1998 году, 58,8% - в 2004, 40,2% - в 2010 и 28,6% - в 2016г. Значительную роль в прогрессе в области профилактики йододефицитных заболеваний в РУз сыграл принятый в 2007 году закон «О профилактике йододефицитных заболеваний». Несмотря на проводимые широкомасштабные мероприятия, данные о содержании йода в пищевой соли и моче, полученные в 2016 году, свидетельствуют о том, что 25% населения РУз все еще остаются в состоянии йодного дефицита.

Профилактика йододефицитных состояний является одной из главных социально-гигиенических проблем по формированию генофонда нации. От решения данной проблемы зависит интеллектуальный потенциал и гармоничное развитие подрастающего поколения. Для успешной реализации данного проекта организаторам здравоохранения проводить дальнейшую работу с солепроизводителями, представителями народного образования, союзом потребителей, домохозяйствами и представителями средств массовой информации. Принятый Закон Республики Узбекистан «О профилактике йододефицитных заболеваний», позволил снизить заболеваемость, связанную с дефицитом йода. Необходимо отметить, что государственная политика в области профилактики ЙДЗ в Узбекистане определена через йодирование пищевой соли. Раньше йодирование пищевой соли имело добровольный характер, без обязательных требований по йодированию всей пищевой поваренной соли, и обеспечение йодированной солью розничной торговли и пищевой

промышленности зависело от желания крупных и мелких солепроизводителей. Но теперь, согласно принятому закону, вся производимая и реализуемая пищевая соль должна быть обязательно йодирована. Это большое достижение в области здравоохранения в нашей стране. На сегодняшний день имеется ряд препятствий, мешающих универсальному йодированию пищевой соли и полному обеспечению такой солью населения республики, а именно:

- плохая осведомленность руководящих органов, солепроизводителей и общественности о последствиях йодного дефицита и возможности ликвидации ЙДЗ путем йодирования соли;
- большое количество производителей соли, разнообразие видов соли на рынке;
- примитивные методы производства соли, приводящие к ее низкому качеству, повышенной влажности и потере йода;
- неадекватная расфасовка, способствующая потере йода во время транспортировки, разгрузки и хранения;
- продажа йодированной соли по более высокой цене, чем нейодированной;
- нуждающиеся слои населения выбирают более дешевую соль;
- низкая координация программ, мониторинга и внимания к солевой индустрии, аспектам производства, транспортировки, йодирования, распределения и продажи продукта;
- низкая осведомленность населения сельских местностей о пользе йодированной соли;
- проблема закупки йодата калия на уровне республики для йодирования пищевой соли.

В Узбекистане на основании закона «О профилактике йододефицитных заболеваний» активно проводится приоритетное направление в борьбе с микронутриентной недостаточностью. Вместе с тем, несмотря на проводимые мероприятия, страна остается зоной высокой распространенности ЙДЗ. Проведение регулярного мониторинга содержания йода в соли и моче является залогом надежности и качества мероприятий, направленных на ликвидацию

йодного дефицита. В связи с этим актуальным остается вопрос продолжения работ по мониторингу ЙДЗ в Республике Узбекистан для разработки дальнейшей тактики и стратегии по борьбе с данным видом микронутриентной недостаточности.

### **Национальная программа “Фортификации муки”**

В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан ПП- № 153 от 11 августа 2004 года «О мерах по реализации Национальной программы по фортификации муки», с 2005 года Министерством здравоохранения совместно АК Уздонмахсулот, Глобальным альянсом по улучшению питания (ГАУП), ЮНИСЕФ и Всемирным банком на мелькомбинатах осуществляется обогащение муки железом, фолиевой кислотой и другими микроэлементами. На упаковке для обозначения наносится логотип фортифицированной муки. В рамках Национальной программы по фортификации муки в республике в 2008 году проведена оценка эффективности программы. В национальных масштабах проведены исследования по изучению распространенности анемии среди 2584 женщин фертильного возраста. Исследования проведены соответственно международным стандартам, при методическом руководстве международных экспертов СДС. В ходе исследования обследовано 2584 домохозяйств во всех регионах республики, взяты анализы крови у 2584 женщин. Результаты оценки показали, что уровень анемии по республике составил в среднем 32%.

Учитывая идентичную методологию медико-демографических исследований 1996 года, когда уровень анемии среди женщин составил 60%, можно утверждать, что за последние 12 лет распространенность анемии в республике снизилась на 28%, т.е. почти в 2 раза. В 2018 году фортифицировано (обогащено витаминными и минеральными добавками) более 1,6 тонн, а за девять месяцев 2019 года более 1,2 тонн муки.

Профилактика дефицита железа и фолиевой кислоты является одной из основных социальных проблем общественного здоровья, требующей интегрированного подхода. От решения данной проблемы зависит репродуктивное здоровье, формирование здорового поколения.

## **Индикаторы реализации стратегических программ в сфере охраны здоровья женщин и детей**

### **1. Индикаторы по статистике**

- Наличие списка женщин фертильного возраста и детей, подлежащих охвату программами и число осмотренных женщин и детей и их удельный вес от общего количества женщин фертильного возраста и детей по возрастам до 1 года, 1-5 лет и до 14 лет.
- Знание исполнителями программы статистических методов вычисления заболеваемости, материнской и младенческой смертности.
- Анализ и разбор перинатальной смертности и случаев смерти детей в период 7-28 дней, до 1 года и до 5 лет по причинам.
- Использование матрицы BABIES при анализе младенческой смертности.
- Регистрация новорожденных весом от 500 до 999гр. Исходы этих новорожденных: выживание, смерть (на какой день).
- Показатель заболеваемости детей (до 1 года до 5 лет) инфекционными заболеваниями (диареей и ОРВИ), пневмонией в динамике за 3 года.
- Удельный вес детей, отстающих в весе и росте.

### **2. Индикаторы по программе «Содействие повышению эффективности перинатальной помощи (СПЭПП)».**

- Число обученного медицинского персонала в районе/городе по принципам СПЭПП за период реализации программы всего и за последний год отдельно.

- Процент беременных женщин, охваченных антенатальным уходом.
- Процент беременных, взятых на учет до 12 недельного срока гестации.
- Процент женщин с осложнениями во время беременности.
- Процент Кесарево сечений от общего числа родов.
- Процент физиологических родов (без вмешательств).
- Процент родов в присутствии партнеров.
- Процент детей, которым совершён контакт «кожа к коже» в течение 30 минут после родов.
- Процент новорожденных, приложенных к груди матери в течение 30 минут с момента рождения.
- Процент беременных, получавших препараты фолиевой кислоты до наступления беременности и в период беременности.
- Абсолютное число и процент женщин, рожавших с рубцом на матке.
- Абсолютное число и процент рожденных детей недоношенными (раньше 37 недельного срока беременности).
- Абсолютное число и процент рожденных детей с малым весом (менее 2500гр.).
- Абсолютное число и процент детей, рожденных больными и заболевшие впервые сутки после рождения.
- Процент новорожденных, получивших адекватную профилактику заболеваний глаз (гонококковое поражение и др.) согласно инструкции.
- Наличие условий для оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии новорожденным.

### **3. Индикаторы по профилактике железодефицитной анемии у женщин фертильного возраста**

- Определение численности женщин, подлежащих профилактике анемии по району, городу и населенному пункту.
- Наличие медицинской документации на каждую женщину:
  - медицинской карты амбулаторного больного (ф.№025/у);

- индивидуальной карты беременной (ф.№111/у);
- Определение содержания гемоглобина в крови до начала реализации программы;
- Охват целевых групп потреблением фортифицированной муки;
- Распределение женщин по степени анемии на основе показателей гемоглобина;
- Контрольные проверки уровня гемоглобина в процессе применения железистых препаратов в каждом квартале;
- Состояние обеспеченности препаратами железа и фолиевой кислотой и уровень охвата профилактическим лечением женщин, страдающих анемией.

#### **4. Индикаторы по профилактике дефицита витамина А**

- Охват детей в возрасте 6-59 месяцев саплементацией витамином А.
- Информированность населения о важности саплементации витамином А (провести опрос родителей).
- Организация специальных маркированных комнат во время проведения туров саплементации витамином А («Недели здорового ребенка»).
- показатели заболеваемости детей, охваченных саплементацией витамином А за последние 2 года: инфекционными заболеваниями, болезнями органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки.
- Обеспеченность ЛПУ, особенно СВП и поликлиник, необходимым оборудованием для проведения измерения и соответствия их стандартам антропометрических измерений (веса, включая рычажные весы для новорожденных детей до 5 кг, ростомеры, сантиметровые ленты).

#### **5. Индикаторы по грудному вскармливанию**

- Процент новорожденных, прикладываемых к груди матери в течение 30 минут после родов.
- Процент детей находящихся исключительно на грудном вскармливании: до 3 месяцев и до 6 месяцев, после 6 месяцев. Знания матерей по технике грудного вскармливания.

- Процент детей находящихся на смешанном вскармливании
- Применение принципа свободного кормления грудью по требованию новорожденного.

Охрана здоровья женщин – это залог сохранения и укрепления здоровья населения страны в целом. Одной из задач деятельности охраны здоровья женщин является сглаживание или устранение негативных причин, способствующих развитию различных заболеваний.

Ярким примером приоритета государственной политики в области охраны здоровья женщин является Указ Президента Республики Узбекистан УП-5308 от 22.01.2018г. “О Государственной программе по реализации Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах в «Год поддержки активного предпринимательства, инновационных идей и технологий”

Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах является важнейшим программным документом, определившим приоритетные направления государственной политики на среднесрочную перспективу. Госпрограмма состоит из 5 разделов. Четвертый раздел Госпрограммы посвящен вопросу развития социальной сферы. Где в частности отмечено, что “... Будет продолжена работа по дальнейшему совершенствованию системы медицинской помощи и улучшению качества медицинских услуг..”. Намечается внедрение системы «умная медицина», инновационных технологий в здравоохранение. Предусматривается создание и открытие 2 тысяч социальных аптек, которые станут обеспечивать население качественными лекарственными препаратами по доступным ценам. Для обеспечения роста потребности населения, особенно молодых семей, в доступном жилье в 2018-2020 году в 1,5-2 раза увеличен объем строительства жилья современного типа.

## **ГЛАВА IV СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ**

### **4.1. Структура родовспомогательных учреждений**

На начало XXI века в городах, и в отдаленных уголках страны создана развитая сеть родовспомогательных медицинских учреждений различного уровня, оснащенных самым современным лечебным и диагностическим оборудованием.

Структура учреждений по охране здоровья женщин представлена лечебно-профилактическими учреждениями первичной медико-санитарной помощи, специализированными учреждениями, оказывающими квалифицированную перинатальную помощь, бальнеологическими и санаторно-курортными учреждениями по охране репродуктивного здоровья.

К лечебно-профилактическим учреждениям первичной медико-санитарной помощи относятся в городах семейные городские поликлиники, центральная районная многопрофильная поликлиника; на селе сельские врачебные пункты, сельские семейные поликлиники, центральная районная многопрофильная поликлиника, частные медицинские учреждения (3,5 тысяч).

По состоянию на начало 2016 года в республике функционировало 2992 учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в 2019 году их число возросло до 5631. Из них 817 сельских врачебных пунктов (СВП), в стране действует более 1165 больниц которые оказывают антенатальную помощь беременным и репродуктивные услуги женщинам фертильного возраста. В настоящее время в Узбекистане Постановлением Президента Республики Узбекистан от 29 марта 2017 года №ПП-2857 «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан» на базе действующих СВП образованы 793 сельские семейные поликлиники которые также оказывают медицинскую помощь беременным и женщинам.

Число коек для беременных женщин и рожениц на 10 000 женщин (15-49 лет) в 2017 составило 17,7 тысяч. Обеспеченность койками беременных женщин в 2018 г. составляет 17,4 тысяч коек. В республике организовано 40 акушерских комплексов, 280 акушерских отделений в составе, медико-санитарных частей, районных и городских медицинских объединений, клиник медицинских ВУЗов оказывающие медицинские услуги беременным, роженицам и новорожденным. Число акушерско-гинекологических кабинетов в 2017 составило 2157. Вышеуказанные учреждения имеют достаточно развитый кадровый потенциал. В целом система здравоохранения насчитывает около 85 тысяч врачей из числа, которых более 5,6 тысяч акушер-гинекологов, 15,2 тысячи акушерок и 310,6 тысяч средних медицинских работников, вовлеченных в сферу оказания медицинских услуг женщинам и детям.

С целью повышения эффективности проводимой в стране работы по реализации общегосударственных мер развития и укрепления системы охраны репродуктивного здоровья населения в 2002 году организован Республиканский центр репродуктивного здоровья населения и его 13 региональных филиалов в областях.

В целях дальнейшего совершенствования системы управления и повышения эффективности деятельности медицинских учреждений, оказывающих первичную помощь населению, охраны здоровья женщин и детей, внедрения действенных механизмов взаимосвязи амбулаторно-поликлинических учреждений со службой скорой медицинской помощи, стационарами и учреждениями специализированной медицинской помощи, а также усиления персональной ответственности их руководителей и специалистов за оказание доступной, качественной и квалифицированной первичной медико-санитарной помощи издано Постановление Президента Республики Узбекистан от 6.06.2017 г № ПП-3039 “О мерах по дальнейшему совершенствованию системы управления и повышению профессиональной ответственности руководителей и специалистов за эффективность оказания первичной медико-

санитарной помощи населению города Ташкента”. Определены основные задачи семейных и центральных районных многопрофильных поликлиник города Ташкента, а также их руководителей и специалистов. Это:

– оказание населению медицинских услуг по профилактике и лечению наиболее часто встречающихся заболеваний, как на уровне отдельных пациентов, так и всей семьи;

– оказание квалифицированной первичной медико-санитарной помощи населению, в первую очередь в вопросах профилактики заболеваний, проведение постоянной патронажной работы среди женщин фертильного возраста, девочек-подростков, беременных, детей, а также одиноких престарелых, инвалидов, пациентов с хроническими заболеваниями, лиц, нуждающихся в постороннем уходе и социальной помощи;

– формирование и укрепление основ здорового образа жизни среди населения через повышение медицинской культуры в семье и реализацию программ, направленных на повышение ответственности каждого человека за собственное здоровье и здоровье своих детей;

– организацию и проведение профилактических мероприятий среди населения, направленных на воспитание здорового подрастающего поколения, охрану здоровья матери и ребенка, соблюдение правил медицинской этики и деонтологии, санитарно-гигиенических навыков, рационального питания, снижение врожденной патологии и наследственных заболеваний;

– профилактику управляемых инфекций и их осложнений путем проведения профилактических прививок согласно национальному календарю;

– профилактику заболеваемости, инвалидности и ранней смертности среди населения путем внедрения механизмов раннего выявления факторов риска неинфекционных заболеваний;

– раннее выявление заболеваний и недопущение перехода заболеваний в хроническую форму путем организации профилактических осмотров непосредственно в местах проживания

населения, с привлечением квалифицированных специалистов и проведением клинических, биохимических лабораторных и инструментальных исследований;

– оказание скорой, догоспитальной и экстренной медицинской помощи, с использованием круглосуточной мобильной, технически оснащенной подстанции скорой медицинской помощи согласно стандартам диагностики и лечения, а также обеспечение динамического наблюдения, оздоровления и реабилитации больных с хроническими заболеваниями;

– своевременное оповещение соответствующих служб о случаях инфекционной заболеваемости, отравлениях и чрезвычайных ситуациях, а также проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, общий надзор за состоянием санитарного благополучия прикрепленного участка и домохозяйств, проведение обсервационных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний, предупреждение населения об опасной эпидемической обстановке,

– внедрение системы ежеквартальной отчетности руководителей и специалистов перед закрепленным населением и на сессиях народных депутатов по устранению недостатков и проблемных вопросов, дальнейшему совершенствованию форм и методов работы, а также повышению эффективности адресной первичной медико-санитарной помощи населению.

### **Основные типы лечебно-профилактических учреждений оказывающих медицинскую помощь женщинам:**

- женские консультации и гинекологические кабинеты медико-санитарных частей, смотровые кабинеты и кабинеты акушер-гинекологов поликлиник, сельские врачебные пункты, городские и сельские семейные поликлиники, центральные многопрофильные районные поликлиники, консультации «Брак и семья», акушерско-гинекологические отделения центральных районных больниц,

акушерские комплексы, Республиканский перинатальные центры и его областные филиалы, Республиканский специализированный Центр Акушерства и гинекологии, его филиалы, Республиканский Центр репродуктивного здоровья и его филиалы, Республиканский скрининг центр и его региональные филиалы, клиники ВУЗов, санатории для оздоровления беременных.

Учреждения системы родовспоможения, оказывающие перинатальную помощь отличаются по:

- уровню оказания перинатальной помощи;
- обеспеченностью лечебно-диагностическим оборудованием;
- укомплектованностью медицинским персоналом;
- себестоимостью медицинской помощи;
- возможностям лабораторно-диагностического обследования.

На сегодняшний день введено разделение деятельности акушерско-гинекологических стационаров по уровням оказания медицинской помощи:

**Первый уровень** - акушерские комплексы (родильное отделение) городские и районные медицинские объединения (ГМО/РМО), медико-санитарные части (МСЧ).

**Второй уровень** - это городские, районные и областные перинатальные Центры, и их филиалы, родильное отделение ГМО/РМО, акушерско-гинекологические клиники медицинских ВУЗов.

**Третий уровень** - это РНПМЦ Акушерства и гинекологии и его региональные филиалы, Республиканский перинатальный центр и его филиалы, кафедры акушерства и гинекологии медицинских институтов.

**Учреждения Первого уровня оказывают медицинскую помощь в следующих случаях:**

1. Роды у беременных низкого риска в сроки 36-41 недель;
2. Достижение не позднее 24 часов оказания экстренной акушерской помощи во время беременности, родов и послеродовом периоде;

3. Стабилизация состояния беременных со сроком менее 36 недель, с последующим переводом в учреждение более высокого уровня;

4. Стабилизация состояния беременных с ЭГЗ и осложнениями беременности в учреждение более высокого уровня по показаниям;

5. Оценка состояния и постнатальный уход за здоровым доношенным новорожденным;

6. Первичная реанимация;

7. Стабилизация новорожденных до перевода в учреждение более высокого уровня по показаниям.

**Учреждения Второго уровня представляют объем услуг и помощи 1 уровня, а также:**

1. Роды в сроки 34 и более недель;

2. Оказание помощи беременным, роженицам и родильницам умеренного риска, не требующим специализированной интенсивной помощи;

3. Стабилизация состояния беременных и рожениц в сроки менее 32 недель для перевода в учреждения более высокого уровня по показаниям;

4. Стабилизация состояния недоношенных (менее 34 недель гестации или весом менее 1500 г) или больных новорожденных до перевода в учреждение более высокого уровня;

5. Выхаживание недоношенных новорожденных со сроками гестации 32-37 недель или весом более 1250 г.;

6. Уход за больными новорожденными с желтухой, малым весом, респираторным дистресс-синдромом (РДС), не требующим искусственной вентиляции и узкоспециализированной помощи.

**Учреждения Третьего уровня представляют объем услуг и помощи 1, 2-го уровня, а также:**

Все виды перинатальной помощи, включая помощь женщинам с тяжелым ЭГЗ и осложнениями беременности – во время беременности, родов и послеродовом периоде;

1. Транспортировка по показаниям женщин «на себя»;

2. Уход за больными новорожденными с множественными проблемами, тяжелыми, сложными заболеваниями;

3. Продолжительная искусственная вентиляция. Высокочастотная ИВЛ;

4. Уход за выздоравливающими новорожденными после интенсивной терапии;

5. Транспортировка «на себя» и оказание помощи на этапе транспортировки.

### **Ожидаемые результаты**

- снижение перинатальной, неонатальной и младенческой смертности;

- снижение заболеваемости женщин и материнской смертности;

- улучшение выживаемости больных и недоношенных новорожденных;

- рациональное использование имеющегося оборудования и средств;

- повышение знаний медицинских работников и улучшение практических навыков.

Этапность оказания медицинской помощи женщинам позволяет в более полной мере осуществлять профилактическую работу, взятие на учёт беременных, наблюдение, а также, оказание квалифицированной медицинской помощи на следующих этапах.

I – этап. Медицинский персонал ГСП/СВП (ВОП, акушерка, врач акушер-гинеколог) оказывает амбулаторную помощь беременным в объёме :

- Ранее взятие беременных на учет;

- Проводится наблюдение за здоровыми женщинами с нормально протекающей беременностью;

- Медицинское наблюдение и патронаж за беременными со средней и высокой степенью риска осуществляется ВОП, акушер-гинекологом ГСП (ССП)/СВП.

- Определение степени риска беременности

- Определение места и срока госпитализации;

-При необходимости углубленного обследования направление женщин с патологически протекающей беременностью на специализированное обследование и лечение;

•II – этап. Беременным и гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, предоставляется консультативная помощь РМО/ГМО и стационарами областных родовспомогательных учреждений, перинатальных комплексов и многопрофильных больниц.

•III – этап. Представляется консультативными поликлиниками и стационарами специализированных акушерско-гинекологических учреждений (РНПЦ АиГ, Республиканским Перинатальным Центром, Республиканским центром репродуктивного здоровья и их филиалами), кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов.

#### **4.2. Оказание медицинской помощи женщинам в учреждениях первичного звена здравоохранения (ПМСП)**

Существующая сеть лечебно-профилактических учреждений обеспечивает доступность медицинской помощи. В республике имеется достаточное количество медицинских учреждений, предоставляющих общеврачебные и специализированные родовспомогательные услуги, где наряду с оказанием медицинской помощи населению, обеспечивается охрана здоровья женщин.

Основными задачами учреждений первичного звена здравоохранения являются:

1. Ранний охват беременных медицинским наблюдением. Проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических мероприятий.

2. Оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории.

3. Внедрение в практику работы современных достижений в диагностике и лечении патологии беременности, заболеваний родильниц и гинекологических больных, новых организационных форм работы, способствующих снижению невынашивания беременности, материнской и перинатальной смертности.

4. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных со стационарами и другими лечебно-профилактическими учреждениями (поликлиникой, детской поликлиникой, кожно-венерологическими, онкологическими диспансерами и др).

5. Оказание помощи населению по охране репродуктивного здоровья.

6. Проведение гигиенического воспитания и обучение населения формированию здорового образа жизни.

7. Оказание социально-правовой помощи женщинам.

**Задачи учреждений ПМСП** - проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение нежелательной беременности у женщин с **экстрагенитальной и генитальной** патологией,

-соблюдение интервала между родами, предохранение от беременности и родов женщин до 20 лет и старше 35), правильным и своевременным применением современных контрацептивных средств,

-внедрение в практику работы передовых форм и методов **антенатальной помощи**, современных методов лечения и профилактики патологической беременности и гинекологических заболеваний;

-проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни и формированию здоровой семьи;

- обеспечение женщин правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства.

Врач общей практики (ВОП), работая в системе первичного звена здравоохранения, осуществляет профилактику заболеваний на

индивидуальном и семейном уровне, проводит анализ социальных и биологических факторов риска, влияющих на здоровье семьи.

Совершенствованием репродуктивного здоровья населения, профилактикой материнской заболеваемости и смертности в Узбекистане стало расширение проводимых мероприятий по планированию семьи, оздоровлению беременных, послеродовой реабилитации, профилактике обострений хронических соматических заболеваний, предупреждению осложнений беременности на уровне оказания первичной медицинской помощи в условиях работы ВОП. Необходимость указанных мероприятий продиктована высоким уровнем экстрагенитальной патологии среди беременных, являющейся основной причиной материнской заболеваемости и высокой смертности.

Дальнейшими важнейшими задачами, реализуемыми ВОП, по предупреждению материнской заболеваемости и смертности являются проведение следующих профилактических и оздоровительных мероприятий:

#### **I. Медицинские осмотры беременных и родильниц.**

-Взятие беременной под наблюдение и определение срока родов. Проведение мероприятий по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода.

-Оформление медицинской документации на беременную. Все данные опроса и обследования женщины, советы и назначения записываются в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. № 003/У), утвержденной приказом Минздрава от 29 мая 2001 г. №283). В целях информирования акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач общей практики выдает на руки каждой беременной (при сроке беременности 28 и более недель) "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы" (ф. № 113/У).

-Организация дородового патронажа беременных с целью изучения

условий жизни семьи и обучения женщины правилам ухода за будущим ребенком.

-Госпитализация беременных, нуждающихся в стационарном лечении.

-Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам

-Организация и проведение занятий в «Школах матерей». Обычно

занятия проводятся, начиная с 15-16 недельного срока беременности.

-Изучение условий труда беременных.

-Лечебно-профилактическая помощь родильницам. Первое послеродовое посещение консультации женщина должна сделать не позже, чем через 10-12 дней после выписки акушерского стационара.

## **II. Гинекологическая помощь.**

-Активное выявление гинекологических заболеваний: по текущей обращаемости и при проведении профилактических медицинских осмотров.

-Обследование и лечение гинекологических больных. На каждую женщину, первично обратившуюся в учреждение первичного звена, здравоохранения заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф № 025\У).

-Госпитализация женщин с гинекологической патологией.

-Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях.

-Медицинские наблюдение за гинекологическими больными и женщинами с неблагоприятным акушерским анамнезом.

На каждую женщину, подлежащую медицинскому наблюдению, заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (ф № 030\У).

## **III. Профилактика аборт и охват контрацептивными средствами.**

В предупреждении абортов важную роль имеют рекомендации, индивидуальный подбор и обучение женщин использованию контрацептивных средств.

#### **IV. Профилактическая работа врача общей практики. Работа по формированию здорового образа жизни.**

Существенный удельный вес в профилактической работе ВОП занимает профилактическое наблюдение за женщинами в период беременности и в течение 1,5 - 2 лет после родов, где главное внимание уделяется гигиеническому воспитанию и медицинскому просвещению, а также, обращению к врачу общей практики в ранние сроки беременности (до 12 недель).

Учитывая относительно высокое распространение гинекологических заболеваний большое значение, имеют профилактические осмотры, которые впервые выявляют до 70% различных гинекологических заболеваний, Однако число женщин, осмотренных с профилактической целью, составляет не более 60%.

**V. Учет и отчетность.** В каждом медицинском учреждении имеется перечень учетных документов, утвержденных Минздравом Республики Узбекистан, которые заполняются медицинскими работниками и служат основанием для составления статистических отчетов.

#### **4.3. Организация стационарной медицинской помощи женщинам. Акушерский комплекс**

Стационарная медицинская помощь оказывается женщинам на всех этапах жизни. Согласно данным Комитета Государственной статистики в Республике Узбекистан по состоянию на 1 января 2020 года осуществляют деятельность 1205 медицинских учреждений, оказывающих стационарную помощь населению в том числе и женщинам. При этом негосударственные учреждения составляют 575, или 47,7% от общего количества, увеличившись на 40 медицинских учреждений, по сравнению с 2018 годом на 3,4%. Количество стационарных коек составляет 153,4 тысяч мест, при этом в

негосударственном секторе 18,7 тысяч коек (12,2% от общего коечного фонда). Обеспеченность населения стационарными койками составляет 45,2 на 10000 населения.

Стационарная медицинская помощь женщинам первого и второго уровней, оказывается в акушерских комплексах (родильных стационарах), в гинекологических отделениях крупной многопрофильной больницы либо, в перинатальном центре.

В результате совершенствования структуры акушерско-гинекологических стационаров доля коек для беременных с патологией увеличилась до 30-38% коечного фонда, что дает возможность значительно расширить контингент госпитализированных беременных при первых признаках отклонений в их здоровье.

### **Акушерский комплекс, задачи, структура, разделы работы**

Акушерский комплекс это учреждение, имеющее в своем составе акушерские и гинекологические отделения, консультативно-диагностическое отделение, женскую консультацию, что обеспечивает преемственность в медицинском обслуживании беременных женщин, рожениц и родильниц, способствует снижению материнской и перинатальной смертности, числа послеродовых осложнений.

Акушерские комплексы (родильные отделения) учреждения Первого уровня оказывают медицинскую помощь в следующих случаях:

1. Роды у беременных низкого риска в сроки 36-41 недель;
2. Достижение не позднее 24 часов оказания экстренной акушерской помощи во время беременности, родов и послеродовом периоде;
3. Стабилизация состояния беременных со сроком менее 36 недель, с последующим переводом в учреждение более высокого уровня;
4. Стабилизация состояния беременных с ЭГЗ и осложнениями беременности в учреждение более высокого уровня по показаниям;

5. Оценка состояния и постнатальный уход за здоровым доношенным новорожденным;
6. Первичная реанимация;
7. Стабилизация новорожденных до перевода в учреждение более высокого уровня по показаниям.

Порядок направления и госпитализации пациенток в родильные комплексы (отделения) утверждён приказом №500 от 13 ноября 2003 года.

**акушерский комплекс** оказывает специализированную помощь в основном по территориальному принципу, но вместе с тем беременная имеет право выбрать по желанию родовспомогательное учреждение.

**Задачи акушерского комплекса:**

- 1) оказание специализированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах и послеродовом периоде, а также при гинекологических заболеваниях;
- 2) квалифицированная помощь и уход за новорожденными в период пребывания их в родильном доме;
- 3) внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- 4) развитие и совершенствование организационных форм и методов акушерско-гинекологической помощи;
- 5) анализ акушерских и экстрагенитальных осложнений.
- 6) разработка и проведение оздоровительных мероприятий среди женщин;
- 7) повышение квалификации медицинского персонала;
- 8) проведение санитарно-просветительной работы.

**В соответствии с задачами, основными направлениями работы акушерского комплекса являются:**

1. Лечебно-диагностическая работа:
  - своевременная диагностика и лечение заболеваний беременных, рожениц и родильниц;
  - диагностика и лечение гинекологических больных;

- осмотр детей, наблюдение и проведение диагностических и лечебных манипуляций.

## **2. Профилактическая работа:**

- своевременное выявление и изоляция рожениц, родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями;

- своевременное выявление носителей инфекции; применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля;

- организация централизованной стерилизации медицинского инструментария;

- правильное использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, одежда, обувь и др.).

## **3. Организационно-массовая работа:**

- проведение лекций, групповых и индивидуальных бесед с женщинами по соблюдению режима дня, выполнению санитарно-гигиенических требований:

- инструктаж медицинского персонала о мерах профилактики внутрибольничных инфекций.

## **4. Организационно-методическая работа**

- правильное ведение учетно-отчетной документации;

- проведение научных конференций, семинаров; направление врачей на повышение квалификации:

Структура акушерского комплекса (родильного отделения) должна соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений: оснащение - табеля оборудования; санитарно-противоэпидемиологическому режиму - действующим нормативным документам.

В акушерском комплексе (родильном отделении) необходимо иметь:

1. Подводку кислорода
2. Подводку горячей и холодной воды
3. Канализацию

4. Стационарные (переносные) бактерицидные облучатели или приточно-вытяжная вентиляция.

Все отделения должны быть оснащены соответствующей медицинской аппаратурой и инструментарием, предметами ухода, медицинской мебелью и оборудованием. Хранение лишней мебели и неиспользуемой аппаратуры в родильном комплексе (отделении) запрещено. Стирка белья из всех отделений должна осуществляться централизованно, в прачечной, выделенной для родильного комплекса (отделения). Нужно строго соблюдать поточность стирки белья новорожденных и родильниц.

**Структура акушерского комплекса** представлена родильным стационаром, лечебно-диагностическими и вспомогательными отделениями, а также, администрацией.

Родильный стационар имеет следующие подразделения:

- приемно-пропускное отделение;
- I – акушерское отделение — 25-30% акушерских коек;
- II – акушерское отделение — 25-30% акушерских коек;
- послеродовое акушерское отделение — 60 — 65% акушерских коек,
- отделение реанимации и интенсивной терапии беременных, рожениц и послеродового периода;
- отделение патологии беременности – до 30-35% акушерских коек;
- отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии новорожденных в составе первого и второго акушерских отделений;
- гинекологическое отделение 15-20% коек акушерского комплекса;
- лечебно-диагностическое отделение; отделение стерилизации; пищеблок; аптека; административно-хозяйственная часть.

**Приемно-пропускной блок** состоит из двух изолированных друг от друга отделений. Одно предназначено для женщин, поступивших для прерывания беременности и гинекологических больных, другое - для приема рожениц (приемно-смотровой блок).

Приемно-смотровой блок имеет один фильтр и две смотровые для приема рожениц в первое и второе (акушерское отделение). Сведения о беременных и роженицах заносят в «Журнал приема беременных и рожениц» (ф.№ 003/у) и заполняют паспортную часть истории родов, где дежурный врач знакомится с «Обменной картой родильного дома» (ф.№113/у). Фильтр предназначен для разделения женщин на два потока: с нормальным течением беременности, направленных в первое акушерское отделение, и женщин, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих и направленных в изоляционное отделение.

**Родовые отделения** предназначены для оказания медицинской помощи роженицам в предродовом и послеродовом периодах.

Принцип заполнения палат в отделениях: циклический (родившие в один день помещаются в одну палату) на 1-4 койки;

Родильные залы (число родильных коек должно составлять 6—8% от всего числа коек в отделении), смотровую, санитарную комнату, подсобные помещения для обработки клеенок и суден, временного хранения грязного белья, уборочного маркированного инвентаря, отдельно операционную. В современном акушерском комплексе не менее 70% коек физиологического послеродового отделения должно быть выделено для совместного пребывания матери и ребенка.

Внедрение метода совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения противэпидемиологического режима и четкого соблюдения действующих нормативных документов.

**Послеродовое акушерское отделение.** В отделении должны быть созданы условия для совместного пребывания матери и ребёнка. При возникновении у ребёнка болезненного состояния родильница вместе с ребёнком переводится для оказания II этапа специализированной медицинской помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии беременных, рожениц и послеродового периода.

**Операционный блок** предназначен для оказания хирургического вмешательства беременным и роженицам. В отделении беременные и роженицы располагаются в боксированные палаты. Операционный блок представлен предоперационной комнатой, операционным залом, материальной комнатой, комнатой хранения одежды сотрудников, хранилищем необходимых аппаратов и приборов, комнаты старшей операционной сестры.

**Отделение патологии беременности** Отделение патологии беременности предназначено для женщин с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности, неправильным положением плода, с отягощенным акушерским анамнезом.

**Гинекологическое отделение.** Работа гинекологического отделения разделяется на три профиля: для больных, нуждающихся в оперативном лечении; для больных, нуждающихся в консервативном лечении; для прерывания беременности. В структуру отделения должно входить: свое приемное отделение, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные. В крупных городах и районах одно из отделений должно иметь палаты (отделение) для девочек с гинекологическими заболеваниями.

**Противоэпидемический режим.** Основной особенностью родовспомогательных учреждений является постоянное пребывание в них высокочувствительных к инфекциям новорожденных и женщин в послеродовом периоде. В связи, с чем в учреждении должен проводиться специальный комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, включающий:

- своевременное выявление и изоляцию родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями;
- своевременное выявление носителей инфекции и их санацию;
- применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля;
- организацию централизованной стерилизации белья, перевязочного материала, инструментов, применение одноразовых шприцев;

-использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среде (постельные принадлежности, одежда, обувь, посуда и др.).

Заведующий отделением один раз в квартал организует осмотр и обследование персонала на носительство золотистого стафилококка.

Контроль над соблюдением противоэпидемиологического режима в родильном доме осуществляет территориальное управление государственного санитарного надзора.

Родильные учреждения закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раза в год. Обычно акушерские комплексы оказывают помощь населению по территориальному признаку. Однако первая и неотложная помощь беременным женщинам, обратившимся в родильное учреждение, оказывается вне зависимости от их места жительства и ведомственной подчиненности учреждения здравоохранения.

В акушерский комплекс подлежат госпитализации беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 часов после родов) в случае родов вне лечебного учреждения.

**Основными критериями** для выписки женщины из родильного учреждения являются: удовлетворительное общее состояние, нормальная температура, частота пульса, артериальное давление, состояние грудных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных исследований.

**При обострении экстрагенитальных заболеваний** родильницы могут быть переведены в соответствующий стационар следующего уровня, а при возникновении осложнений послеродового периода - в боксированное отделение реанимации и интенсивной терапии беременных, рожениц и послеродового периода.

#### **Медицинская документация акушерского комплекса**

- Индивидуальная карта беременной.
- Обменная карта.
- Книга записи родов;

- Procedурный лист;
- Листок учета коечного фонда;
- Журнал приема беременных;
- История родов;
- Дневник врача;
- История развития новорожденного;
- Справка о рождении;
- Книга отделения новорожденных;
- Сводная ведомость учета гинекологических больных;
- Книга записи санитарно-просветительной работы.

#### **4.4. Организация медицинской помощи в специализированных учреждениях по охране здоровья женщин**

К учреждениям организации медицинской помощи женщинам и детям (третьего уровня) относятся: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Акушерства и гинекологии (РСНМЦАиГ), Республиканский перинатальный центр (1 городской и 9 областных перинатальных центров), Республиканский центр Репродуктивного здоровья, клиники ВУЗов.

**В специализированные родильные учреждения 3 уровня (республиканский) госпитализируются беременные с тяжелой экстрагенитальной патологией в стадии декомпенсации, перинатальной патологией, крайне отягощенным акушерским анамнезом, осложненным течением беременности врачами стационаров 2 уровня, консультативных поликлиник, а также специалистами областных управлений здравоохранения.**

#### **Перинатальный центр**

Перинатальный центр - это лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее все виды квалифицированной,

высокотехнологичной медицинской и стационарной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии и хирургии новорожденных, а также осуществляющее амбулаторную, консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.

Перинатология - это своеобразный синтез деятельности акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, медицинских генетиков.

Основное отличие перинатологии от классических понятий акушерства заключается в том, что, не оспаривая приоритет интересов матери, такой же приоритет оказывается и интересам плода. Плод - полноценный пациент со всеми правами и вытекающими из этого последствиями. Уровень и перспективу развития современного здравоохранения нельзя оценивать без перинатальных показателей, именно они отражают уровень здоровья нации.

Основная задача создания перинатальных центров вытекает из самого понятия перинатологии как науки, а именно изучение особенностей внутриутробного развития плода, патогенеза и диагностики нарушений и заболеваний, обеспечение новорожденного и плода современной разносторонней медицинской помощью до, во время родов и после рождения, при необходимости хирургическая коррекция пороков развития плода.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 31 декабря 2010г. №378 «Об организации перинатальных центров и мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности учреждений родовспоможения» в республике организованы Перинатальные центры, которые обеспечивают интенсивную помощь высокого уровня матерям и новорожденным, что позволяет снизить перинатальную смертность на 25-30% среди беременных высокого риска.

Перинатальный центр осуществляет перинатальную диагностику угрожаемых и патологических состояний матери и плода, проводит

при показаниях корригирующую терапию, родоразрешает беременных женщин с «высоким риском» перинатальной патологии, диагностирует патологические состояния у недоношенных, а также оказывает реабилитационные мероприятия в амбулаторном отделении.

Перинатальный центр позволяет концентрировать в одном месте основную массу беременных и новорожденных групп «высокого риска» с экономически оправданным кадровым и материально-техническим комплектованием. Основная концепция деятельности центра сводится к соблюдению трёх основных правил:

- качество перинатальной помощи обеспечивается по единому критерию;
- любой женщине и любому новорожденному должны быть доступны все компоненты действующей системы перинатальной помощи;
- учреждения в пределах региона обслуживания должны иметь эффективные механизмы взаимодействия, позволяющие, при необходимости, легко перемещать пациентов, обязательным является активное сотрудничество специалистов разного профиля.

Перинатальные центры организуются на территориях с числом населения, установленным Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, для оказания консультативно-диагностической медицинской помощи беременным имеющим патологические отклонения в течении беременности и лечения выявленной патологии в амбулаторных и стационарных условиях, родоразрешения беременных из группы “высокого риска” и организации медицинской помощи новорожденным с полным реабилитационным комплексом.

Мощность Центра определяется потребностью региона, численностью населения (женщин), уровнем рождаемости и др.

Современным принципом оказания перинатальной помощи является – регионализация. В связи, с чем во всех областных центрах

организованы областные Перинатальные центры (филиалы ПЦ)- учреждения третьего уровня.

Перинатальные центры это учреждения оказания специализированной, высокотехнологичной стационарной и стационар замещающей помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии, а также, осуществления амбулаторной, консультативно-диагностической, реабилитационной помощи, преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, детям раннего возраста (в т.ч. новорожденным), женщинам с нарушением репродуктивной функции, на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

### **РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР**

Республиканский перинатальный центр (РПЦ) организованный в 2002 году, в рамках Государственной программы «Соглом Авлод Учун» (За здоровое поколение) является единственным медицинским учреждением по своей структуре в Узбекистане, оказывает специализированную помощь матери и новорожденному. Деятельность Центра осуществляется на принципах: доступности, бесплатности, конфиденциальности, квалифицированности, научной обоснованности и эффективности лечебно-диагностического процесса, доброжелательного отношения к матери и ребенку. Палаты оснащены аппаратурой круглосуточного мониторинга. Центр принимает пациентов со всей республики и сопредельных государств. Сюда переводятся тяжелобольные беременные с различной экстрагенитальной патологией и тяжелыми осложнениями беременности, и имеющие аномалии развития плода с целью бережного родоразрешения и хирургической коррекции порока. Врачами центра проводятся уникальные операции новорожденным и женщинам. С 2008 года функционирует выездная реанимационно-консультативная бригада. С 2012 года начата работа консультативно-диагностической поликлиники. В поликлинике беременным,

женщинам и детям оказывают помощь врачи акушер-гинекологи, врач офтальмолог, ЛОР, онкогинеколог, гинеколог-эндокринолог, врач неонатолог, детский невропатолог, детский и подростковый гинеколог, функционирует физиотерапевтический кабинет.

РПЦ также является национальным учебным центром по эффективному перинатальному уходу в связи, с чем из числа сотрудников имеются более 20 национальных тренеров. Они обучены по программам, проводимым ССВ, UN, WHO, UNICEF, UNFPA и соответственно преподают медицинским работникам республики по плановым программам. Таким образом, Республиканский Перинатальный центр является важнейшим звеном повышения качества акушерской и неонатальной помощи. Правительством Республики Узбекистан и Министерством здравоохранения проводится работа по организации региональных перинатальных центров в областях нашей страны. Принимаются меры по оснащению их современным медицинским оборудованием, обучение персонала работе в новых условиях.

В практику акушерской службы внедряются современные перинатальные технологии. Принята периконцепционная программа, включающая в себя генетическое консультирование и при необходимости обследование супружеской пары на наличие экстрагенитальной патологии, проведение всестороннего гинекологического обследования и др.

### **Структура Центра**

- Консультативно-диагностический блок;
- Акушерский блок;
- Перинатальный блок;
- Гинекологический блок;
- Лабораторный блок;
- Блок вспомогательных медицинских технологий;
- Центр вспомогательных репродуктивных технологий,

- Организационно-аналитический отдел, кроме этих блоков в составе перинатальных центров имеется дистанционный консультативный -транспортный отдел.

### **I. Консультативно-диагностический блок**

Структура Консультативно-диагностического блока входит 5 отделений.

- Консультативно-диагностическое;
- Отделение перинатальной диагностики;
- Отделение лучевой диагностики;
- Отделение по лечению бесплодия;
- Педиатрическое отделение.
- В составе этого блока исходя из местных условий может быть организован детский стационар.

#### **Основные задачи Консультативно-диагностического блока:**

- оказание высокоспециализированной медицинской помощи женщинам и детям;
- снижение уровня материнской смертности и инвалидизации женщин;
- снижение уровня перинатальной, младенческой смертности и инвалидизации детей;
- проведение контроля и экспертной оценки качества акушерской и неонатальной помощи в ЛПУ региона.

**Консультативно-диагностическое отделение** консультативно-диагностического блока осуществляет:

- работу по планированию беременности и контрацепции для предупреждения нежелательной беременности ;
- оказание амбулаторно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи гинекологическим больным в пубертатном и репродуктивном периодах, беременным, роженицам и родильницам с использованием современных технологий;

- выделение беременных групп высокого риска с решением вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности и определением оптимального срока и места родоразрешения;
- физическую и психологическую подготовку к беременности, родам, послеродовому периоду и грудному вскармливанию;
- проведение лечебно-диагностических процедур и малых операций с использованием современных медицинских технологий в условиях дневного стационара;
- выявление гинекологических больных, беременных, рожениц и родильниц, нуждающихся в стационарном лечении в отделениях перинатального центра или других лечебно-профилактических учреждениях;
- обеспечение взаимодействия и преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между перинатальным центром и другими ЛПУ (родильными комплексами, станциями скорой помощи, семейными поликлиниками, СВП и др.);
- проведение экспертной оценки и анализ показателей консультативно-диагностического отделения, эффективности и качества оказания медицинской помощи.

### **Структура Клинико-диагностического отделения**

- регистратура;
- кабинеты врачей акушер-гинекологов
- кабинеты специализированного приёма;
- кабинет детского и подросткового гинеколога;
- кабинет планирования семьи и контрацепции;
- специализированные диагностические кабинеты;
- кабинеты смежных специалистов (терапевт, эндокринолог, уролог, офтальмолог и др.);
- процедурный кабинет;
- манипуляционные и малые операционные;
- стерилизационные.
- Кроме этих кабинетов может быть кабинет юриста.

## **Отделение перинатальной диагностики**

Задачи отделения перинатальной диагностики:

- проведение медико-генетического консультирования;
- диагностика врождённых и наследственных заболеваний семейных пар, плода, новорожденных;
- проведение скрининговой и динамической оценки функционального состояния плода с использованием современных высокотехнологических методов и приёмов;
- проведение внутриутробных лечебно-корректирующих процедур;
- мониторинг детей с диагностированной и предполагаемой наследственной патологией.
- В структуре перинатального центра весомое место занимает отделение лучевой диагностики, основными целями которого является:
  - проведение различных видов лучевых диагностических исследований амбулаторным и стационарным больным;
  - оценка эффективности рентгенографического и ультразвукового исследования;
  - организация и координация научных исследований и практических мероприятий в области лучевой диагностики, подготовка методических разработок и диагностических алгоритмов.

**Педиатрическое отделение функционирует в структуре консультативно-диагностического блока. Задачи педиатрического отделения:**

- оказание эффективной медицинской помощи детям, родившимся с очень низкой массой тела и детям, перенесшим перинатальную патологию по требованиям реанимационных процедур интенсивной терапии, или хирургического вмешательства в неонатальном периоде;
- снижение ранней заболеваемости и смертности детей, путём непрерывного совершенствования медицинских технологий, разработки и организации необходимого комплекса лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

- Своевременная коррекция выявленных отклонений в здоровье детей;
- Взаимодействие с неонатологами родильных комплексов и ЛПУ региона по вопросам совершенствования выхаживания новорожденных с очень низкой массой тела, профилактики последствий врожденной патологии;
- Консультативно-методическая помощь детским и семейным поликлиникам (СВП) по диспансерному наблюдению за детьми с различной перинатальной патологией и др.

**По решению органов управления здравоохранения в составе Перинатального Центра может быть создано подразделение по лечению бесплодия для:** оказания консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи семейным парам с нарушением репродуктивной функции;

- проведения преимплантационной диагностики генетически обусловленных нарушений развития эмбриона и эмбриологическую коррекцию;
- криоконсервация спермы и эмбрионов.

## **II. АКУШЕРСКИЙ БЛОК**

Акушерский блок призван обеспечить квалифицированную высокотехнологическую акушерско-гинекологическую и педиатрическую помощь в регионе. Основными задачами Акушерского блока являются:

- Оказание круглосуточной плановой и экстренной специализированной акушерской и реанимационно-интенсивной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с проведением комплекса высокотехнологичных лечебно-диагностических и реанимационных мероприятий.
- Организация и обеспечение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.
- Проведение клинико-экспертной оценки качества медицинской помощи женщинам и новорожденным.

- Проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных.
- Обследование новорожденных на наличие наследственных заболеваний и вакцинопрофилактика их в установленном порядке.
- Ведение учётной и отчётной медицинской документации.

**Акушерский блок состоит из следующих подразделений:**

1. Приёмное отделение;
2. Родильное отделение;
3. Операционный блок ;
4. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии женщин;
5. Послеродовое отделение;
6. Отделение патологии беременности;
7. Акушерское-обсервационное отделение.

#### **Приёмное отделение**

Приёмный покой предназначен для плановой и экстренной госпитализации беременных, рожениц, гинекологических больных, а также оказания специализированной помощи новорожденным и детям раннего возраста с врожденными пороками развития органов и систем.

В приёмном отделении консультативная помощь оказывается следующими специалистами:

1. Акушер-гинеколог;
2. Неонатолог;
3. Неонатальный хирург;
4. Неонатальный невропатолог;
5. Офтальмолог;
6. Врачами УЗИ;
7. Терапевтом.

#### **Родильное отделение с операционным блоком**

Основными задачами родильного отделения с операционным блоком являются:

- Ведение родов с использованием современных перинатальных технологий;
- Применение современных методов лечения гипоксии плода и профилактики неонатальных осложнений;
- Профилактика и снижение уровня родового травматизма;
- Оказание консультативной помощи специалистам других ЛПУ в прикрепленной территории.

**Операционный блок** должен располагаться на одном этаже с родильным отделением и проводит акушерские и плановые гинекологические, в том числе эндоскопические операции.

### **Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии женщин (ОАРИТ):**

Основными задачами отделения ОАРИТ являются:

1. Осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;
  2. Осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения, возникших вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин у пациентов, поступающих из отделений медицинского учреждения или доставленных скорой помощью;
- Отделение ОАРИТ проводит интенсивную терапию женщин в пред- и послеоперационном периоде;
  - Курирует пациенток с угрожающими для жизни состояниями;
  - Оказывает консультативную помощь реаниматологам и специалистам, врачам других ЛПУ в прикрепленной территории.
  - Осуществляет взаимосвязь с другими перинатальными центрами;

Сотрудники ОАРИТ: Определяют метод анестезии, осуществляют предоперационную подготовку и проведение анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;

- осуществляют наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах выхода из наркоза до стабилизации функций жизненно важных органов;
- проводят, по показаниям, реанимацию больных в других отделениях медицинского учреждения;
- осуществляют взаимосвязь и преемственность в работе с другими отделениями.

### **Послеродовое отделение.**

- Задачами послеродового отделения являются:
- Оказание реабилитационной помощи родильницам с осложненным течением родов и послеродового периода;
- Профилактика и снижение уровня заболеваемости родильниц и послеродовых осложнений;
- Пропаганда и поддержка грудного вскармливания;
- Обучение родильниц навыкам ухода за новорожденным, и грудного вскармливания;
- Обеспечение раннего контакта членов семьи с новорожденным;
- Пропаганда и обучение современным методам послеродовой контрацепции;
- Обеспечение преемственности в работе между отделениями перинатального центра с ЛПУ и женскими консультациями.

### **Отделение патологии беременности.**

Отделение предназначено для оказания круглосуточной специализированной помощи:

- Беременным с невынашиванием;
- Беременным с гипертензивными синдромами;
- Беременным с преэклампсиями;
- Беременным с экстрагенитальными заболеваниями;
- Беременным с патологией перинатального периода;
- Беременным с врождёнными аномалиями плода;

- Беременным с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом;

- Беременным с перинатальными потерями в анамнезе;
- Беременным с угрожающими преждевременными родами;
- Дородовым излитием вод при недоношенной беременности;

Также в отделении осуществляется антенатальная диагностика угрожающих и патологических состояний матери и плода.

Проводится по показаниям коррегирующая терапия. По необходимости обеспечивается интенсивная и бесперебойная помощь беременным, лечение и своевременное родоразрешение женщин с высоким риском перинатальной патологии.

Задачами отделения патологии беременности входящего в структуру акушерского блока являются:

- Ранняя диагностика и лечение осложнения беременности, а также генитальной и экстрагенитальной патологии;

- Психопрофилактическая подготовка беременных к родам;

- Обеспечение преемственности в работе между отделениями перинатального центра с ЛПУ и женскими консультациями;

- Мониторинг исходов беременности пролеченных пациентов.

- По решению местных органов управления здравоохранения в составе перинатального центра может быть организовано акушерское наблюдательное отделение, на которое возлагаются следующие задачи:

- Ранняя диагностика и лечение осложнений беременности, генитальной и экстрагенитальной патологии;

- Психопрофилактическая подготовка беременных к родам;

- Ведение послеродового периода ;

- Пропаганда и обучение современным методам послеродовой контрацепции;

- Профилактика, выявление и лечение осложнений у беременных и родильниц, изоляция больных, при необходимости перевод в профильные стационары;

- Оказание помощи беременным, роженицам и родильницам с заболеваниями, передаваемыми воздушно-капельным путем;

- Обеспечение преемственности в работе между отделениями перинатального центра, с ЛПУ и женскими консультациями.

**III. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ БЛОК** Перинатальный блок призван обеспечить квалифицированную высокотехнологическую неонатальную и педиатрическую помощь в регионе. Основными задачами Перинатального блока являются:

- Оказание круглосуточной плановой и экстренной специализированной неонатальной реанимационно-интенсивной помощи новорожденным с проведением комплекса высокотехнологичных лечебно-диагностических и реанимационных мероприятий.

- Организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима.

- Проведение клинико-экспертной оценки качества медицинской помощи новорожденным.

- Проведение анализа причин послеродовых осложнений у женщин, изучение и лечение перинатальной и младенческой заболеваемости.

- Обследование новорожденных на наличие наследственных заболеваний и вакцинопрофилактика их в установленном порядке.

- Повышение квалификации медицинского персонала.

- Ведение учётной и отчётной медицинской документации.

**В структуру перинатального блока входит:**

1. Отделение новорожденных при послеродовом и наблюдательном отделениях.

2. Отделение реанимации новорожденных.

3. Отделение для выхаживания недоношенных новорожденных.

#### **Отделение новорождённых**

Отделение новорожденных РПЦ предназначено для оказания высококвалифицированной медицинской помощи новорожденным, и

проведение обучения матерей основам ухода за здоровым и больным ребенком.

### **Задачи отделения новорожденных:**

- Оказание квалифицированной своевременной медицинской помощи в родильном или операционном зале, где осуществляют реанимационные мероприятия и уход за новорожденными;
- Ведение новорожденных после первичной реанимации в палате интенсивной терапии или палатах совместного пребывания;
- Раннее выявление нарушений адаптационного периода;
- Раннее выявление врожденных пороков развития, требующих неотложных вмешательств;
- Обучение матерей принципам ухода за ребенком и грудному вскармливанию;
- Проведение разъяснительной работы о наличии опасных симптомов у новорожденного, требующих немедленного обращения к врачу после выписки;
- Проведение безопасной вакцинации и неонатального скрининга;
- Совместное с акушер-гинекологом ведение беременных с патологическими состояниями плода для определения оптимальных сроков и методов родоразрешения.

### **Отделение новорожденных при послеродовом и обсервационном отделениях предназначено для :**

- осуществления ухода за здоровыми новорожденными и новорожденными с патологическими состояниями, за исключением случаев, требующих лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии;
- обеспечение совместного пребывания матери и ребёнка (при отсутствии медицинских противопоказаний) и всесторонней поддержки грудного вскармливания;
- проведения необходимых лечебно-профилактических мероприятий новорожденным детям при невозможности грудного вскармливания;

- соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения развития внутрибольничной инфекции у матерей, новорожденных и у персонала;

- проведения разъяснительной работы с матерями и родственниками по особенностям ухода за новорожденными и профилактики развития у них патологических состояний после выписки из стационара;

- проведение вакцинопрофилактики новорожденных в установленном порядке.

### **Отделение хирургии новорождённых**

Отделение неонатальной хирургии предназначено для оказания специализированной хирургической помощи новорождённым и детям раннего возраста с врожденными пороками развития органов и систем в возрасте до 3 лет.

РПЦ, в том числе и отделение хирургии новорожденных является ответственным по разработке алгоритмов диагностики и лечения новорожденных с врожденными пороками развития в республике.

В отделении хирургии новорожденных проводятся следующие медицинские мероприятия:

- диагностика, лечение и предоперационная подготовка новорожденных и детей раннего возраста с врожденными пороками развития;

- оперативное лечение таких состояний как,
- атрезия пищевода,
- врожденная высокая и низкая кишечная непроходимости,
- диафрагмальная грыжа,
- атрезия анального отверстия,
- омфалоцеле,
- гастрошизис,
- экстрофия мочевого пузыря,
- уретерогидронефроз,

- опухоли,
- перфоративный перитонит,
- пилоростеноз,
- паховые грыжи,
- гидроцеле,
- ВПР половых органов;
- Также используется лапароскопический метод диагностики и лечения новорожденных;

**Отделение реанимации новорожденных выполняет следующие задачи:**

- Оказание высококвалифицированной реанимационно-интенсивной помощи новорожденным как родившимся в перинатальном центре, так и переведённым из других родовспомогательных учреждений 2-этапа оказания медицинской помощи;

- проведение реанимационно-интенсивной помощи новорожденным с хирургической патологией в пред- и после операционном периоде;

- организация консультативно-транспортной ургентной неонатальной помощи в регионе, осуществление выездов на места, перевод нуждающихся в перинатальный центр “на себя” в отделение реанимации новорожденных;

- проведения разъяснительной работы с матерями и родственниками по особенностям ухода за новорожденными и профилактики развития у них патологических состояний после перевода из отделения реанимации новорожденных.

- **Задачи отделения патологии новорожденных:**

- Оказание высококвалифицированной неонатологической помощи новорожденным и недоношенным детям, как родившимся в перинатальном центре, так и переведённым из других родовспомогательных учреждений 2-этапа оказания медицинской помощи;

- Продолжение терапевтических и реабилитационных мероприятий новорожденным и недоношенным детям, после завершения комплекса реанимационно-интенсивного лечения, а также, детям хирургической патологией в позднем послеоперационном периоде;

- Обеспечение санитарно-противоэпидемических мероприятий, профилактика госпитальной инфекции и проведение санитарно-просветительной работы с матерями и новорожденными.

#### **Отделение для выхаживания недоношенных новорожденных**

Является структурным подразделением РПЦ и рассчитано на поступление детей как из родильных отделений РПЦ, так и из других родовспомогательных учреждений Республики в возрасте от 0 до 40 дней.

Основными задачами отделения для выхаживания недоношенных новорожденных являются:

- Оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей;

- Оказание медицинской помощи новорожденным с неинфекционной и неврологической патологией;

- Проведение организационно-методической работы и повышение квалификации педиатров по актуальным вопросам неонатологии;

- Оказание помощи детям при: иммунологических конфликтах, патологиях обмена веществ, нарушениях внутриутробного развития плода, а также детям, родившимся с клиникой родовой травмы и в состоянии асфиксии.

#### **IV. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА.**

Гинекологический блок Перинатального центра обычно состоит из гинекологического отделения для женщин и девушек юношеского возрастов.

#### **Основные задачи Гинекологического блока:**

- Сохранение и восстановление репродуктивной функции;
- Оказание квалифицированной помощи женщинам репродуктивного возраста с тяжелой гинекологической патологией и отягощённым соматическим анамнезом;
- Оказание специализированной диагностической и лечебной в том числе хирургической помощи девочкам с острыми заболеваниями органов малого таза, пороками развития половых органов, нарушением полового развития.

**Гинекологическое отделение** предназначено для:

- проведения плановых и экстренных гинекологических операций традиционным путём
- проведения плановых и экстренных лапароскопических операций
- проведения внутриматочных манипуляций(гистерорезектоскопия, гистероскопия)
- подготовки больных к ЭКО
- реабилитации больных перенесших гинекологические операции
- консервативного лечения гинекологических заболеваний
- дальнейшего лечения родильниц с послеродовыми заболеваниями
- лечения беременных в ранних сроках беременности с осложнённым течением(токсикоз тяжелой формы, выраженная угроза прерывания беременности, сопутствующие ЭГЗ(анемия тяжёлой степени, заболевания ССС, дыхательной системы, заболевания почек))
- лечения беременных в ранние сроки после ЭКО
- лечения беременных в ранние сроки с привычным невынашиванием и перинатальными потерями в анамнезе
- прерывания беременности с аномалиями развития плода до 22 недель
- прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям

- прерывания беременности в первом триместре по желанию женщины/

## **V. ЛАБОРАТОРНЫЙ БЛОК ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**

Лабораторный блок обеспечивает все клинические подразделения центра достоверной лабораторно-диагностической информацией. В ней располагаются подразделения: молекулярной диагностики, микробиологических, цитологических и гистологических исследований.

## **VI. ОРГАНИЗАЦИОННО АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ**

В организации работы перинатального центра важную роль играет организационно аналитический отдел, основными задачами которого являются:

- Персонифицированный учёт пациентов (по заболеваниям, месту жительства и др.);
- Создание базы данных на пациентов;
- Учёт услуг по номенклатуре;
- Хранение историй болезни, мониторинг оказания амбулаторной и стационарной помощи;
- Взаимодействие с органами управления здравоохранения по вопросам оказания амбулаторной и стационарной помощи;
- Управление процессом госпитализации;
- Мониторинг качества медицинской помощи;
- Внедрение информационных технологий;
- Формирование статистической отчётности;
- Организация и поддержание системы непрерывного обучения на семинарах, конференциях, совещаниях, “мастер классах”;
- Анализ деятельности центра, формирование предложений по совершенствованию его организационной деятельности.

## **VII. ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ОТДЕЛ**

- Дистанционный консультативный отдел решает вопрос о необходимости и сроках перевода беременной и новорожденного из

других ЛПУ. Согласно получаемой информации консультативный центр направляет соответствующие выездные бригады в другие ЛПУ.

- Кроме указанных блоков Перинатальный центр имеет транспортный отдел и блок вспомогательных медицинских технологий, объединяющий: центральное стерилизационное отделение; аптека; дезинфекционный блок; прачечная; участок утилизации медицинских отходов;

Центр оснащен современным медицинским оборудованием, позволяющим осуществлять мониторинг за состоянием матери и ребенка, наркозно-дыхательной, реанимационной, ультразвуковой, лапароскопической аппаратурой. Использование высоких технологий позволяет выхаживать тяжелобольных беременных, рожениц и родильниц, гинекологических больных, новорожденных и недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела, что немаловажно в связи с переходом с 2012 года Республики на критерии живорождения детей с массой тела в 500 граммов. Каждое подразделение Центра оснащено необходимым оборудованием для выполнения поставленных задач.

Ярким примером приоритета государственной политики по охране здоровья женщин и детей является Первая международная научно-практическая конференция, которая проводилась в августе 2019 г в г.Ташкенте. Конференция посвященная теме «Актуальные проблемы перинатальной медицины» организована Министерством здравоохранения и Республиканским перинатальным центром. Основной целью конференции было представление возможности общения и обмена опытом с ведущими специалистами и учеными в области перинатологии, внедрения инновационных технологий в диагностике, профилактике и лечении основных осложнений беременных, плода и новорожденного. На конференции отмечено, что в Узбекистане перинатальная медицина как самостоятельная отрасль начала делать свои первые шаги с 2002 года, организацией Республиканского перинатального центра. За 17 лет деятельности центра достигнуты определенные успехи в организации

перинатальной службы, оснащении аппаратурой, обеспечении кадрами, во внедрении современных методов диагностики, лечения и профилактики в акушерско-гинекологической, неонатальной помощи и хирургии новорожденных. В связи с чем, назрела объективная необходимость для осмысления достижений и определения перспектив дальнейшего развития данной службы, решению проблем регионализации перинатальной помощи, уменьшения материнской смертности, аудиту критических ситуаций в акушерстве, актуальным вопросам «больших акушерских синдромов», неотложного состояния в акушерстве, вопросам кесарева сечения в современном акушерстве. Важное место в перинатологии отводится проблемам неонатологии: выхаживанию и реабилитации детей с экстремальной и очень низкой массой тела при рождении, патофизиологии перинатальных инфекционных осложнений и неонатальному сепсису. При этом, необходимо отметить, что в организации перинатальной службы отдельное место занимает новая отрасль – хирургия плода и новорожденного, хирургия врожденных пороков развития (ВПР) у новорожденных и грудных детей, эндоскопическое оперативное лечение новорожденных. На конференции впервые озвучены проблемы ранней антенатальной диагностики, выбора акушерской тактики и сроков родоразрешения при тяжелых видах врожденных пороков развития плода, роль медицинской сестры в повышении качества перинатальной помощи.

При этом, на сегодняшний день в перинатальных центрах страны успешно осуществляется уход и реабилитация младенцев с самым низким весом. В Республиканском перинатальном центре ежегодно рождаются 6000 младенцев, 38 процентов которых приходится на столицу, а 62 процента на области. В Республиканском перинатальном центре, в научно-практическом Центре Акушерства и гинекологии в отделениях неонатальной хирургии применяются инновационные методы диагностики и лечения. В частности, в отделении неонатальной хирургии в практику внедрены новые технологии операции «De La Torre» при болезни Гиршпрунга у

новорожденных и грудных детей, а также миниинвазивные технологии (торако- и лапароскопическая коррекция) врожденных пороков у новорожденных. Ряд операций в отделении неонатальной хирургии проводятся с применением лапароскопии (42%).

На базе Республиканского перинатального центра функционирует Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии. Центр неонатальной хирургии является методическим центром по подготовке неонатальных хирургов, по подготовке и обучению реаниматологов-неонатологов, а также анестезиологов-реаниматологов, работающих в родильных учреждениях. Специалисты центра проходят повышение квалификации и обучение в ведущих клиниках России, Германии, Италии, Франции, Китая, Турции. За годы деятельности в отделении неонатальной хирургии отмечаются высокие показатели по послеоперационной выживаемости больных с ВПР. При атрезии пищевода выживаемость составляет 65% в 2013 против 50% в 2011; высокая кишечная непроходимость 69% в 2013 против 54% в 2011; диафрагмальная грыжа 75% в 2013 против 14% в 2011; омфалоцеле, гастрошизис 90% в 2013 против 34% в 2011 г.

По решению Министерства и местных органов здравоохранения Республики Узбекистан в структуру Перинатального Центра могут быть внесены изменения, дополнения или увеличено число структурных подразделений с определением их задач и функций.

По признанию экспертов ВОЗ отмечено, "...оказываемая в Республике Узбекистан перинатальная помощь соответствует международным стандартам".

### **Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Акушерства и Гинекологии (РСНПМЦ АиГ)**

Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25 мая 2009 года № 145 организованы 6 республиканских специализированных научно-практических центра, в том числе Республиканский специализированный научно-практический

медицинский Центр Акушерства и гинекологии и утверждена его структура.

Согласно утвержденной структуры высшими коллегиальными органами управления Центра являются “Совет Центра” и “Научный Совет”.

Центр возглавляется директором, назначаемым Министерством здравоохранения из числа высококвалифицированных специалистов имеющих опыт работы в области охраны материнства и детства.

В подчинении директора работают три заместителя директора, которые возглавляют соответствующие подразделения Центра.

**Заместитель директора по научной работе** возглавляет научные отделы, осуществляющие свою деятельность по следующим направлениям деятельности Центра:

1. Гинекологии;
2. Акушерских проблем и нарушений гемостаза;
3. Тромбоцитопатии у беременных;
4. Анестезиологии у беременных;
5. Инфекций передающихся половым путем, у беременных женщин (ВИЧ/СПИД) ;
6. Плазмофереза и аутодонорства;
7. Гормонально заместительной терапии у женщин старшего возраста;
8. Разработки новых технологий.

**Заместитель директора по лечебной работе** – является главным врачом клиники, возглавляет стационарные отделения и консультативную поликлинику.

**Стационарные отделения:**

1. Отделение патологии беременных;
2. Родильное отделение;
3. Гинекологическое отделение с центром эндохирургии;
4. Отделение анестезиологии и реанимации;
5. Отделение гинекологической эндокринологии;
6. Отделение бесплодного брака;

7. Отделение реанимации новорожденных;
8. Отделение новорожденных.

#### **Консультативная поликлиника**

1. Регистратура;
2. Кабинеты специалистов;
3. Кабинет "Здоровая семья";
4. Отделение искусственного оплодотворения;
5. Отделение диагностики и профилактики остеопороза;
6. Медико-генетическая консультация;
7. Отделение физиотерапии;
8. Отделение детской гинекологии;
9. Школа Здоровья;
10. Кабинет развития новорожденного.

#### **Диагностический блок и вспомогательные учреждения.**

1. Лабораторная служба (клиническая, биохимическая, гормональная, клинической иммунологии, гемостаза, бактериологическая) ;
2. Отделение функциональной диагностики (ЭКГ, УЗИ) ;
3. Отделение лучевой диагностики (рентген, маммография, эмболизации сосудов) ;
4. Центр перинатальной диагностики;
5. Аптека;
6. Отделение переливания крови ;
7. Архив;
8. Организационно-методический отдел;
9. Отделение централизованной стерилизации.

**Заместитель директора по общим вопросам** курирует вопросы финансово-бухгалтерской службы, отдела кадров, административно-хозяйственной службы, технической службы, медицинский склад, гараж, прачечная, пищеблок и другие вспомогательные службы.

Центр оснащен современным медицинскими диагностическими аппаратами и приборами: наркозно-дыхательной, реанимационной аппаратурой, позволяющей осуществлять мониторинговое наблюдение за

состоянием матери и ребенка, ультразвуковой, лапароскопической аппаратурой и др.

В Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Акушерства и гинекологии госпитализируются беременные с тяжелой экстрагенитальной патологией в стадии декомпенсации, перинатальной патологией, крайне отягощенным акушерским анамнезом, осложненным течением беременности.

Для дальнейшего улучшения организации специализированной высокотехнологичной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-4513 от 8 ноября 2019 г. “О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям” организован Центр вспомогательных репродуктивных технологий при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии. Деятельность центра вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется за счет внебюджетных средств Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии без образования юридического лица. Основные задачи деятельности центра. Это: оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи населению на платной основе, лечение бесплодия, применение методов вспомогательных репродуктивных технологий на основе принятых клинических протоколов и стандартов; внедрение в практику наиболее передовых стандартов диагностики и лечения, отвечающих современным и международным требованиям, налаживание эффективного сотрудничества с медицинскими учреждениями зарубежных государств по данному направлению.

## **Республиканский Центр Репродуктивного здоровья**

В 1993 году в республике была принята Региональная Программа «Неотложные меры по оздоровлению женщин фертильного возраста», которой была предусмотрена организация ежегодных профилактических осмотров с целью выявления женщин с факторами риска и их оздоровление и обеспечения широкого доступа к современным методам контрацепции.

В республике с 2013 года организовано 19 Центров репродуктивного здоровья, основной задачей которых является совершенствование медико-профилактической помощи, направленной на: укрепление репродуктивного здоровья населения, в том числе и женщин, широкой пропаганды новых методов диагностики и лечения, проведение информационно-разъяснительной работы, устранение факторов, негативно влияющих на здоровье населения, проведение учебно-методической подготовки специалистов в области репродуктивного здоровья, внедрение международных стандартов предоставления услуг в области охраны репродуктивного здоровья и др.

Республиканский центр репродуктивного здоровья населения наряду с учебно-методической и разъяснительной работой предоставляет населению современную медицинскую помощь, где эффективно используются самые современные технологии и медицинские аппаратуры. Одним из важных направлений укрепления репродуктивного здоровья является оказание содействия в предотвращении нежелательной беременности.

Важным фактором подготовки молодежи к семейной жизни является формирование медицинской культуры юношей и девушек.

В академических лицеях и профессиональных колледжах страны ведутся профилактические медицинские осмотры, проводится разъяснительная работа, распространяются памятки и брошюры, рассказывающие о негативных последствиях ранних браков, ранних родов, медицинских основах создания прочной семьи. Организуются

регулярные выступления на эту тему в средствах массовой информации. В республике внедрена практика обеспечения беременных женщин живущих в сельской местности поливитаминами комплексами. В результате проводимой работы снизились показатели экстрагенитальных заболеваний у женщин, а также материнской и детской смертности. Повысилась средняя продолжительность жизни женщин.

Отрадно, что подобные успехи системы здравоохранения республики получили достойное признание в международном масштабе. В частности, национальная модель обеспечения репродуктивного здоровья в Узбекистане рекомендована ООН в качестве лучшей региональной программы для стран Восточной Европы, Балтии и СНГ.

Наряду с этим еще остаются проблемы, ждущие своего решения. В частности, ранние и родственные браки, недостаточное внимание в некоторых семьях к самочувствию беременных, отсутствие необходимых бытовых условий для женщин негативно влияют на здоровье матери и будущего ребенка.

В целях предотвращения подобного регулярно ведется разъяснительная работа, в ходе которой подробно анализируются результаты деятельности по охране материнства и детства, в свете реформ, проводимых в стране.

В рамках программ по охране репродуктивного здоровья, реализованными совместно с Фондом народонаселения ООН (UNFPA) и Банком КФВ Республиканский центр репродуктивного здоровья и его областные филиалы оснащены аудио-визуальным и компьютерным оборудованием, 11 ультразвуковыми сканнерами и 7 автомашинами.

В 2003-2005 гг. в рамках Финансового сотрудничества между Республикой Узбекистан и Республикой Германии реализованы 2 программы «Содействие репродуктивному здоровью I и II». За период реализации Программ было поставлено контрацептивных средства на общую сумму – 5,2 млн. ЕВРО. Благодаря выполняемым

программам, по поддержке репродуктивного здоровья осуществляемым Правительством Республики Узбекистан общая тенденция в репродуктивном здоровье отмечается как положительная. Например, доля рождения детей у матерей в возрасте до 20 лет составляет всего 4,7% и является одним из положительных показателей в сравнении с другими восточно- европейскими и центрально- азиатскими странами. Количество родов среди женщин 20-30 лет (наиболее оптимальный возраст) увеличилось с 69,3% в 1991 году до 83,3% в 2009 году.

Доступность широкого ассортимента контрацептивных средств, повышение знания населения о методах предупреждения нежелательной беременности способствовала тому, что в республике аборт прерывания перестали быть методом регулирования рождаемости.

Количество абортов по республике уменьшилось с 39,0 в 1991 году до 6,5 в 2009 году. По данным социального мониторинга, проведенным международным фондом ЮНИСЕФ искусственное прерывание беременности происходит в республике Узбекистан в десять раз меньше чем в Эстонии, в 15 раз меньше чем в России, в шесть раз меньше чем в Казахстане. В структуре материнской смертности последние годы аборт редко встречается как причина материнской смерти.

Правительство Республики Узбекистан осуществляет закуп контрацептивных средств, на эти цели было выделено более 900,0 млн. сум.

На протяжении всего периода проводимых реформ в охране здоровья женщин во всех учреждениях первичной медико-санитарной помощи исполнялись программы по формированию здоровой семьи, оказывались бесплатные виды контрацепции. В целом имеется положительная динамика показателя охвата контрацептивов в стране. Если в 1991 этот показатель составлял 13%, то к 2009 году этот показатель возрос до 62,7%.

Как было выше указано, в республике уделяется особое внимание оказанию качественных и эффективных медицинских услуг матерям

и детям, повышению доступности для каждого человека современной медицинской помощи. Последовательное развитие сети службы скрининга матери и ребенка, перинатальных медицинских учреждений служит важным фактором повышения уровня рождения здоровых младенцев.

Республиканский центр репродуктивного здоровья населения наряду с учебно-методической и разъяснительной работой оказывает населению современную медицинскую помощь. В процессе диагностики эффективно используются самые современные медицинские аппаратуры и технологии.

В республике внедрена практика обеспечения беременных женщин живущих в сельской местности поливитаминными комплексами. В результате проводимой работы резко снизились показатели экстрагенитальных заболеваний у женщин, а также материнской и детской смертности, повысилась средняя продолжительность жизни женщин.

Отрадно, что подобные успехи системы здравоохранения республики получили достойное признание в международном масштабе. В частности, национальная модель обеспечения репродуктивного здоровья в Узбекистане рекомендована ООН в качестве лучшей региональной программы для стран Восточной Европы, Балтии и СНГ.

Наряду с этим еще остаются проблемы, ждущие своего решения. В частности, ранние и родственные браки, недостаточное внимание в некоторых семьях к самочувствию беременных, отсутствие необходимых бытовых условий для женщин негативно влияют на здоровье матери и будущего ребенка. Центром и его филиалами проводится непрерывная работа по повышению медицинской культуры населения с участием активистов Комитета женщин Узбекистана, общественного движения молодежи «Камолот», махаллей. Основная цель этой работы заключается в предотвращении факторов, негативно влияющих на здоровье женщин, защите их интересов.

В настоящее время в центре и его филиалах на местах в соответствии с Государственной программой «Год здорового ребенка» намечены очередные приоритетные задачи, ведется работа по их выполнению. При этом особое внимание уделяется повышению качества и эффективности оказываемой медицинской помощи и консультаций по вопросам репродуктивного здоровья населения, усилению информационно-разъяснительной работы в целях укрепления здоровья матери и ребенка.

Как постоянно подчеркивает Президент нашей страны, ценить женщин, заботиться о них, облегчать их повседневные домашние хлопоты, стремиться уберечь от различных заболеваний – долг всего нашего общества. Если здорова женщина, то прочна и здорова семья, а значит, укрепляется стабильность страны, обеспечивается ее развитие.

#### **4.5. Организация и обеспечение эффективной гинекологической помощи девочкам и девушкам подросткам**

С целью повышения качества гинекологической помощи, оказываемой девочкам и девушкам подросткам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, для своевременного выявления нарушений репродуктивного здоровья и оказания необходимой медицинской помощи по формированию физически и духовно развитого поколения проводится комплекс мероприятий по организации и обеспечению эффективной гинекологической помощи детям и девушкам подросткам.

Объем этапной гинекологической помощи девочкам и девушкам подросткам проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №316 от 16 сентября 2013 г. “Об организации и обеспечении эффективной гинекологической помощи детям и подросткам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированных центрах” и

различается по уровням оказания медицинской помощи. Приказом утверждено:

- Положение об организации и оказании гинекологической помощи девочкам и девушкам подросткам;

- Объём этапной гинекологической помощи девочкам и девушкам подросткам по уровню оказания медицинской помощи;

- Оснащение кабинета детского и подросткового гинеколога;

Методы обследования девочек и девушек подростков при проведении профилактических осмотров;

Основные показания для направления девочек и девушек подростков на осмотр к врачу гинекологу;

Методы обследования девочек и девушек подростков, применяемые для выявления гинекологических заболеваний (для врачей - гинекологов) ;

Стандарты диагностики и лечения гинекологических заболеваний в детском и подростковом возрасте;

Положение о подготовке кадров по гинекологии детского и подросткового возраста девочек.

Обеспечение стационарной помощи девочкам и девушкам подросткам с гинекологическими заболеваниями осуществляется на базе областных перинатальных центров путем выделения не более 10 коек для детской гинекологии в пределах имеющегося коечного фонда.

Оказание высококвалифицированной гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам в учреждениях ПМСП осуществляется путём обеспечения преемственности оказания гинекологической помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, центрах репродуктивного здоровья, ОДМЦ, РПЦ (и филиалы) и РСНПМЦ АиГ (и филиалы).

С целью профилактики у девочек и девушек подростков ПМСП должны обеспечить:

- на систематической основе обеспечить 100% охват медицинскими осмотрами девочек и подростков;

-обеспечить постоянную связь между учреждением первичной медико-санитарной помощи, областным детским многопрофильным центром, Республиканским перинатальным центром, Республиканским специализированным научно-практическим центром Акушерства и гинекологии, станцией скорой и неотложной медицинской помощи и другими ЛПУ для своевременной госпитализации девочек и подростков с гинекологической патологией при экстренных ситуациях;

-разработать и утвердить схему оповещения и алгоритм проведения медицинского осмотра и преемственности оказания квалифицированной медицинской помощи и госпитализации в лечебное учреждение (с определением уровня оказания гинекологической помощи);

-обеспечить проведение со стороны медицинского персонала учреждения первичной медико-санитарной помощи санитарно-просветительской работы и профилактических мероприятий, для осуществления контроля за правильным развитием репродуктивной системы девочек и девочек-подростков, современного выявления ее нарушений и оказания необходимой медицинской помощи по укреплению репродуктивного здоровья формированию физически и духовно развитого поколения;

-обеспечить непрерывное повышение квалификации и профессионального уровня медицинского персонала учреждения первичной медико-санитарной помощи по вопросам охраны репродуктивного здоровья девочек и девочек-подростков.

Как выше отмечалось, государством проводится большая работа по охране здоровья женщин, в числе которой немаловажное место занимает проводимая работа по совершенствованию систему оказания медицинской помощи девочкам и девушкам подросткам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и ЛПУ.

**Объем гинекологической помощи детям и девушкам подросткам. Первый уровень – базовая помощь (ГСП/СВП):**

Задача профилактики и раннее выявление гинекологических заболеваний у детей и подростков осуществляются врачами ВОП, врачами дошкольных учреждений и школ.

При этом основными формами работы является санитарно-просветительная работа среди родителей, педагогов персонала детских учреждений, а также, детей с учетом их возраста. Профилактические осмотры проводятся общепринятыми методами обследования: антропометрия, оценка степени развития вторичных половых признаков у девочек и девушек, выявление показаний для направления к гинекологу.

### **Второй уровень – специализированная медицинская помощь (ГМО/РМО, Центры Репродуктивного здоровья).**

Задачами второго уровня гинекологической помощи детям и подросткам является диагностика и лечение гинекологических заболеваний у детей и подростков в условиях поликлиник, направление на стационарное лечение, реабилитация после выписки из стационара.

Профилактика заболеваний репродуктивной системы осуществляется врачами гинекологами детского и подросткового возраста. Обследование и амбулаторное лечение осуществляется в специализированных гинекологических кабинетах для детей и подростков. Которые осуществляют диспансерное наблюдение за детьми и подростками до 18 лет с гинекологическими заболеваниями, диспансерное наблюдение за группой риска по нарушению функции репродуктивной системы, а также, санитарно-просветительную работу: среди девочек и девочек подростков и их родителей.

### **Третий уровень - узкоспециализированная помощь (ОДМЦ, РСНПМЦ АиГ и РПЦ (с филиалами)).**

Узкоспециализированную гинекологическую помощь детям и подросткам, страдающим гинекологическими заболеваниями осуществляют врачи гинекологи детского и подросткового возраста (уровень специализации – клиническая ординатура), акушер-

гинекологи, при необходимости с привлечением хирургов, урологов и т.д.

### **Основные показания для направления девочек и девушек на осмотр к врачу гинекологу:**

1. Боли в животе или изменение его формы (в любом возрасте)
2. Появление признаков полового развития до 8 лет (рост молочных желез, волос на лобке)
3. Отсутствие вторичных половых признаков в 13-14 лет
4. Отсутствие менструации в 15 лет
5. Нарушения менструального цикла
6. Наличие выделений из половых путей
7. Патологические анализы мочи
8. Нарушение строения наружных половых органов

#### **9. Принадлежность к «группе риска»:**

- Ожирение 2-3 степени или дефицит массы тела более 10% в периоде полового созревания.

- Состояние после оперативных вмешательств на органах брюшной полости: аппендицит, первичный криптогенный или иной перитонит,

- Декомпенсированная форма хронического тонзиллита, тонзилэктомия в пубертатном возрасте (в год первой менструации).

- Ревматизм и ревматические заболевания,

- Туберкулез,

- Девочки, длительно болеющие различными заболеваниями.

#### **4.6. Профилактика и раннее выявление врожденных патологий и наследственных заболеваний. Деятельность Республиканского скрининг центра**

Министерством здравоохранения совместно с Министерством юстиции, Министерством труда и социальной защиты, Комитетом Женщин, Фондом «Соғлом авлод учун», Республиканским фондом «Махалля», общественным движением молодежи «Камолот» и др.

проводится целенаправленная работа по формированию здоровой семьи, уменьшению числа рождения детей с врожденными пороками развития и инвалидов с детства.

С 1998 года в республике осуществляется комплекс мероприятий по выполнению Государственной программы “Скрининг матери и ребёнка”, направленных на предупреждение рождения детей с наследственными заболеваниями, сопровождающихся умственной отсталостью, а также обследование беременных женщин с целью выявления аномалий развития плода. В республике созданы и оснащены 12 скрининг центров: в гг. Ташкенте, Самарканде, Бухаре, Андижане, Намангане, Фергане, Карши, Термезе, Ургенче, Навои, Нукусе и в Ташкентской области.

Основными видами деятельности скрининг центров являются проведение: пренатального (у беременных), неонатального (у новорожденных) скрининга, медико-генетического консультирования семей, взятие на диспансерное наблюдение и лечение больных детей, а также, создание государственного регистра генетической и врожденной патологии.

Для проведения пренатального и неонатального скрининга центры оснащены современными биохимическими анализаторами, позволяющими проводить скрининговые исследования: биохимический скрининг беременных женщин на врождённые аномалии плода, а также на врождённый гипотиреоз (ВГ) и фенилкетонурию (ФКУ).

Постановлением Кабинета Министров №365 от 25 августа 2003 года с 1 января 2004 года введен в действие «Порядок осуществления обязательных медицинских осмотров молодых лиц, вступающих в брак».

В Республике создана инфраструктура и сформирована система популяционного скрининга населения, укомплектованная диагностической аппаратурой и кадрами, осуществляющих пренатальный и неонатальный скрининг, мониторинг и лечение выявленных больных, медико-генетическое консультирование семей.

В динамике по годам отслеживается повышение показателей выявляемости патологии беременности проводимого в ходе пренатального скрининга, что связано с оснащением скрининг центров современными УЗИ - аппаратами, введением единых протоколов обследования II триместра беременности и др. По результатам проводимого пренатального скрининга по региональным скрининг центрам за период с 2003 по 2009 гг. выявляемость ВПР и патологии беременности увеличилась с 3,3 % в 2003 году до 9,4 % в 2009 году.

С 2007 года на базе Республиканского скрининг центра проводится пренатальная инвазивная диагностика хромосомных синдромов (синдромы Дауна, Эдвардса, Паттау, Шерешевского-Тёрнера и др.) и наследственного нервно-мышечного заболевания (миопатия Дюшена) посредством забора плодного материала с последующим использованием молекулярно-генетических методов исследования (кариотипирование и ПЦР-диагностика), что позволяет предупреждению рождения детей инвалидов с детства. Во всех скрининг центрах ведется мониторинг врожденных пороков развития (ВПР), который осуществляется по единым критериям (соответствующим европейским странам), предъявляемым к данным программам. Базовые оценки частот ВПР по республике в целом не превышают европейские частоты (22,7 на 1000 живорожденных) и составляют 3,06 на 1000 живорождённых, а наблюдаемое увеличение показателей ВПР в отдельных регионах в абсолютных значениях свидетельствуют об улучшении их регистрации на местах.

Таким образом, в республике создана целостная система профилактики и раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний детей, включающей в себя добрачное освидетельствование лиц, вступающих в брак, пренатальный и неонатальный скрининг с последующим лечением и коррекцией врожденной патологии.

По данным Государственного комитета по статистике, в результате проводимых мероприятий в рамках Государственной

программы, интенсивный показатель рождения детей с врожденными аномалиями уменьшился по сравнению с 2000 годом на 14 %.

Логическое продолжение дальнейшего развития Государственной системы Скрининг матери и ребенка нашло отражение в Постановлении Президента Республики Узбекистан ПП- 892 от 18 июня 2008 года «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства». Основными направлениями Государственной программы являются:

В Республике Узбекистан, начиная с 1998 года создана сеть современных центров «Скрининг матери и ребенка». Центры «Скрининг матери и ребенка» обеспечивают необходимые условия для рождения здоровых детей, раннего выявления патологии у беременных женщин и новорожденных. За истекший период в Центрах укреплена материально-техническая база и расширен кадровый потенциал родовспомогательных и педиатрических учреждений квалифицированными кадрами, внедрены современные методы диагностики, лечения и профилактики врожденных и наследственных заболеваний. В рамках реализации Государственной программы для раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний, рождения инвалидов с детства в период 2013 — 2017 годы все центры «Скрининг матери и ребенка» оснащены современными ультразвуковыми сканерами с высокой разрешающей способностью и биохимическими анализаторами. Республиканский центр «Скрининг матери и ребенка» оснащен высокотехнологическим анализатором — тандемным масс-спектрометром для диагностики широкого спектра наследственных заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста, что позволило поднять на высокий уровень профилактику и лечение широкого спектра наследственных болезней, уменьшить степень риска рождения детей с наследственными заболеваниями и врожденными пороками развития, ведущими к тяжелой инвалидизации и смертности.

В результате проводимых мероприятий за период 2013-2017 гг. на уровне первичного звена здравоохранения обследовано свыше 2,1 миллиона беременных, у 65 тысяч из них выявлены врожденные пороки развития плода. Более 1,7 миллиона новорожденных обследованы на наличие наследственных и врожденных заболеваний, 2,7 тысяч детям оказана квалифицированная медицинская помощь по устранению врожденных аномалий развития. Наряду с этим, требуется дальнейшее совершенствование профилактических и лечебно-диагностических мероприятий по предупреждению врожденных и наследственных заболеваний, системы патронажа за состоянием здоровья будущих матерей и детей, особенно в сельской местности, а также укрепление материально-технической базы родовспомогательных учреждений и центров «Скрининг матери и ребенка» в соответствии с мировой практикой.

В целях обеспечения всемерного укрепления здоровья матерей и детей, формирования необходимых условий для рождения и воспитания здорового поколения, дальнейшего развития государственной системы раннего выявления патологии у беременных женщин и новорожденных, сокращения инвалидности у детей, а также развития и укрепления кадрового потенциала и материально-технической базы центров «Скрининг матери и ребенка» Постановлением Президента Республики Узбекистан утверждена Государственная Программа от 25 декабря 2017 года № ПП-3440, которая представлена тремя разделами и 23 пунктами, направленными для раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний у детей, утверждена Государственная программа раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний у детей на период на период 2018 — 2022 годы. Постановлением отмечено, что основными приоритетными направлениями реализации Государственной программы являются:

укрепление материально-технической базы центров «Скрининг матери и ребенка» путем их оснащения высокотехнологичным

диагностическим медицинским оборудованием, комплектующими изделиями, реагентами и расходными материалами;

совершенствование мер по профилактике и ранней диагностике врожденных и наследственных заболеваний у плода путем проведения массового дородового ультразвукового обследования женщин в центральных многопрофильных районных (городских) поликлиниках в первые три месяца беременности и поэтапное внедрение биохимического обследования на генетические синдромы у беременных группы риска;

внедрение современных методов лабораторной диагностики, в том числе цитогенетических и молекулярно-цитогенетических технологий в диагностике хромосомных синдромов у плода и детей раннего возраста;

проведение массового обследования новорожденных путем совершенствования методов ранней диагностики наследственных заболеваний у детей, а также повышение эффективности лечения наследственных заболеваний путем обеспечения больных детей лекарственными средствами и лечебным питанием;

укрепление кадрового потенциала центров «Скрининг матери и ребенка» и осуществление международного сотрудничества с внедрением современного мирового опыта в практическое здравоохранение.

В Нукусском, Бухарском, Самаркандском, и Ферганском центрах «Скрининг матери и ребенка» начата работа по оснащению межрегиональных цитогенетических лабораторий высокотехнологичным медицинским диагностическим оборудованием.

Министерством здравоохранения Республики Узбекистан совместно с Министерством народного образования, Министерством высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан, Комитетом женщин Республики Узбекистан, Советом Министров Республики Каракалпакстан, хокимиятами областей, городов и районов, негосударственными некоммерческими

организациями по месту жительства, в махаллях и образовательных учреждениях на системной основе проводится разъяснительная и профилактическая работа по предупреждению врожденных и наследственных заболеваний, формированию здоровой семьи, охране здоровья матери и ребенка. Совместно с Международным неправительственным благотворительным фондом «Соғлом авлод учун» обеспечивается действенная координация и контроль за качественной и своевременной реализацией Государственной программы и целевым использованием выделенных бюджетных средств. Финансирование мероприятий, предусмотренных Государственной программой, осуществляется за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан, Международного неправительственного благотворительного фонда «Соғлом авлод учун», международных финансовых организаций, а также других источников, не запрещенных законодательством. Также Постановлением сроком до 1 января 2023 года освобождены от таможенных платежей (за исключением сборов за таможенное оформление) высокотехнологичное диагностическое медицинское оборудование, комплектующие изделия, реагенты, расходные материалы, детское лечебное питание, лекарственные средства, не производимые в Республике Узбекистан, ввозимые Министерством здравоохранения Республики Узбекистан и Международным неправительственным благотворительным фондом «Соғлом авлод учун» в рамках реализации Государственной программы по перечням, утверждаемым в установленном порядке. Расход на реализацию мероприятий Государственной программы составляет: средства Государственного бюджета Республики Узбекистан 28,46 долл. США, средства МНБФ «Соғлом авлод учун» 90,0 млн. сум и 2,38 млн. долл. США (Национальная база данных законодательства, 25.12.2017 г., № 07/17/3440/0458; 11.12.2019 г., № 06/19/5892/4134).

### **Реализация Государственной программы позволит:**

- внедрить массовое дородовое ультразвуковое обследование беременных в центральных многопрофильных поликлиниках городских и районных медицинских объединений;

- провести поэтапное биохимическое исследование крови женщин в ранние сроки беременности для определения группы риска по генетическим синдромам плода (планируется обследовать более 220 тысяч беременных);

- охватить дородовым биохимическим скринингом во II триместре беременности более 310 тысяч женщин;

- снизить рождение детей с врожденными инвалидизирующими пороками развития в два раза;

- обследовать детей для подтверждения наследственных обменных заболеваний методом тандемной масс-спектрометрии (свыше 18 тысяч исследований). Кроме того, проводится обеспечение состоящих и вновь взятых на диспансерный учет детей с наследственными заболеваниями специальным лечебным питанием и медикаментами. Реализация планируемых мероприятий позволит до 95% увеличить охват скрининговыми исследованиями новорожденных и повысить эффективность диагностических и лечебных мероприятий по раннему выявлению детей с наследственными заболеваниями, приводящими к детской инвалидности.

В стране реализуется ряд целевых национальных программ по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране материнства и детства. Укрепляется материально-техническая база республиканского и региональных скрининг-центров, созданных с целью предупреждения рождения детей с наследственными и врожденными заболеваниями, а также родовспомогательных и педиатрических учреждений принято Постановление Президента Республики Узбекистан от 07.09.2019 г. № ПП-4440 “О мерах по дальнейшему улучшению медицинской и социальной помощи детям с редкими (орфанными) и другими наследственно-генетическими

заболеваниями”. В целях дальнейшего улучшения системы медицинской и социальной помощи, направленной на своевременную диагностику и лечение детей с редкими (орфанными) и другими наследственно-генетическими заболеваниями, всестороннего укрепления их здоровья, а также в соответствии с “Концепцией развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы” определены основные приоритетные направления оказания медицинской и социальной помощи детям с редкими (орфанными) и другими наследственно-генетическими заболеваниями. При этом предусматривается:

- совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей оказание медицинской и социальной помощи при редких (орфанных) и других наследственно-генетических заболеваниях;
- развитие лабораторной службы в специализированных республиканских учреждениях по диагностике редких (орфанных) и других наследственно-генетических заболеваний;
- совершенствование медицинской и социальной помощи, оказываемой детям с редкими (орфанными) и другими наследственно-генетическими заболеваниями, в том числе обеспечение их гарантированными бесплатными лекарственными средствами, медицинскими изделиями и специальными продуктами питания;
- подготовка высококвалифицированных медицинских кадров, постоянное повышение их квалификации по оказанию медицинской помощи детям с редкими (орфанными) и другими наследственно-генетическими заболеваниями;
- проведение широкой пропагандистской и агитационной работы по профилактике редких (орфанных) и других наследственно-генетических заболеваний. Утверждена Программа мер по организации оказания медицинской и социальной помощи детям с редкими (орфанными) и другими наследственно-генетическими заболеваниями на 2019-2024 годы.

Развитие международного сотрудничества в данном направлении осуществляется мероприятиями Государственной системы раннего выявления врожденной и наследственной патологии у новорожденных и беременных женщин «Скрининг матери и ребенка». Это позволило укрепить и поднять на высокий уровень потенциал генетических подходов к профилактике и лечению широкого спектра наследственных болезней, уменьшить степень риска рождения детей с наследственными заболеваниями и врожденными пороками развития, ведущими к тяжёлой инвалидизации и смертности, совершенствовать первичную профилактику врождённых и наследственных заболеваний, поэтапно укрепить материально-техническую базу скрининг центров, проводить дальнейшее повышение квалификации специалистов скрининг центров.

Как известно, здоровая мать и ребенок – опора страны, поэтому осуществляемые меры в системе здравоохранения, нацелены прежде всего на, укрепление здоровья матерей и детей.

### **Структура Республиканского Скрининг Центра**

#### **Структура Республиканского Скрининг Центра (РСЦ)**

представлена отделениями и лабораториями, куда входят: отделение медико-генетического консультирования (ультразвуковой скрининг беременных группы риска; диспансерное наблюдение и лечение детей с ФКУ и ВГ; оказание консультативной помощи семьям,отягощённым по врождённым и наследственным заболеваниям; проведение инвазивных процедур).

Генетическая лаборатория (массовый неонатальный скрининг на ВГ и ФКУ; селективный неонатальный скрининг на муковисцидоз; биохимическая лаборатория; цитогенетическая лаборатория; лаборатория ПЦР-диагностики). Приём на медико-генетическую консультацию в РСЦ осуществляется при наличии направления врача любого лечебно-профилактического учреждения с указанием цели консультации. Массовый неонатальный скрининг, или скрининг новорожденных, проводится для раннего выявления детей с

фенилкетонурией и врождённым гипотиреозом. Выявленные в ходе неонатального скрининга больные дети находятся на диспансерном учете в скрининг центрах, получая бесплатно лечебное питание для детей с ФКУ и тиреоидные препараты для детей с ВГ. Пренатальный или дородовой скрининг II уровня проводится беременным группы риска для ранней диагностики врождённых пороков развития и хромосомных заболеваний плода и проводится в сроке беременности от 16 до 20 недель. Основная цель пренатальной диагностики – определить, здоров ли развивающийся в утробе матери ребёнок, и, следовательно, предотвратить рождение ребёнка, имеющего врождённые пороки развития или наследственные инвалидизирующие заболевания. Медико-генетическое консультирование семей с целью установления причины врождённых пороков развития, уточнения диагноза наследственных заболеваний и расчёта повторного риска рождения ребёнка с врождённым и наследственным заболеванием (ВНЗ) позволяет предупредить рождение детей-инвалидов и проводить корригирующее лечение детей с моногенными заболеваниями. Дети с ВНЗ регулярно обследуются и получают квалифицированную помощь, оказываемую специалистами скрининг центра. Показаниями для обследования в РСЦ являются:

I. Селективный пренатальный скрининг беременных группы риска:

- Беременные в возрасте младше 18 лет и старше 35 лет на момент наступления беременности;
- Беременные женщины, у которых при ультразвуковом обследовании в сроке беременности 11-13 недель выявлено увеличение толщины воротникового пространства 2,5 мм и более;
- 2 и более самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности;
- Имеющие в анамнезе рождение ребёнка с врождёнными пороками развития и хромосомными синдромами (синдром Дауна и др.);
- Родственные браки (при наличии генетических аномалий в семье!);
- Перенесенные острые(!) инфекции на ранних сроках беременности;

- · Рентгенологические лечебные и диагностические процедуры на ранних сроках беременности;
- Приём лекарственных препаратов на ранних сроках гестации с тератогенным действием.

## **II. Медико-генетическое консультирование:**

- Системные заболевания скелета и соединительной ткани (ахондроплазия, гипохондроплазия, несовершенный остеогенез, синдром Марфана, рахитоподобные заболевания, синдром Элерса-Данло и др.);
- Наследственные обменные заболевания (фенилкетонурия, муковисцидоз, мукополисахаридоз, гепатолентикулярная дегенерация Вильсона-Коновалова и др.);
- Нервно-мышечные заболевания (миодистрофия Дюшена/Беккеоа, спинальные амиотрофии, миотонические дистрофии, спастические параплегии, наследственные атаксии и др.);
- Хромосомные заболевания (синдром Дауна, Шерешевского-Тёрнера, Клайнфельтера и др.)

### **4.7. Оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья женщин**

Для составления текущих и перспективных планов разработки программ ежегодно в конце текущего или начало наступившего года проводится анализ деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения, который обобщается органами здравоохранения и используется как основа для разработки общих и конкретных программ на будущее. Анализ деятельности любой службы здравоохранения по охране здоровья женщин включает исследование показателей:

- общая характеристика района и деятельности ЛПУ;
- отдельно дается характеристика оказываемой медицинской помощи женщинам, при этом указывается % женщин

прикреплённого района, по возрасту, полу, социальные показатели и др;

- амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам;
- стационарная помощь родовспомогательных учреждений;
- эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Источниками информации для изучения статических показателей являются:

1. Государственные и отраслевые статистические отчеты.
2. Оперативные данные.
3. Первичная учетная медицинская документация ЛПУ (фиксирует основные моменты деятельности медицинского персонала).
4. Экспертная оценка качества медицинской помощи.
5. Материалы специальных выборочных исследований, дополняемые оперативными обследованиями.

Анализ и оценку показателей необходимо проводить в следующей последовательности:

- сравнение с официальными рекомендациями: законами, указами, постановлениями, приказами и нормативами,
- сопоставление с оптимально достигнутыми результатами, сравнение со средними показателями по территории (район, город, область),
- динамический анализ, формирование показателей на основании статистической информации подразделений данного учреждения (участков, отделений),
- определение влияющих факторов и связь данного показателя с другими характеристиками работы этого и других учреждений.

Учитывая, что вся деятельность лечебно-профилактических учреждений делится на оказании медицинской помощи на уровне ПМСП и на стационарном уровнях как общего, так, и специализированного типа в оценке деятельности ЛПУ независимо от типа имеются следующие характерные черты. Так, например, методика вычисления показателей деятельности ГСП/СВП,

акушерского комплекса и деятельности родильного отделения многопрофильной больницы районного (городского) объединения одинаковая. При анализе этих показателей следует помнить, что акушерская койка должна работать в городе 300 дней, в сельской местности - 280 дней, а гинекологическая в среднем 330-340 дней в году. Среднее число дней пребывания больной на койке составляет в акушерском отделении до 3-5, гинекологическом до 5-6 дней по состоянию женщины.

**Анализ деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений оказывающих медицинскую помощь женщинам включает следующую систему показателей:**

- общую характеристику района и деятельности ЛПУ;
- амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам;
- стационарную помощь;
- указывается деятельность диагностических и вспомогательных служб.

Дается общая характеристика района деятельности ЛПУ (экономическая, эпидемиологическая, санитарно-гигиеническая, климато - географическая), общая демографическая характеристика населения - численность, плотность, распределение населения на городское и сельское, по полу, возрасту, общественным группам (профессиям), выделяются девочки подростки, взрослые, женщины фертильного возраста, лица 60 лет и старше, одинокие, инвалиды I и II группы и другие данные.

Анализ основных показателей деятельности учреждений ПМСП указывающий на здоровье населения должен быть представлен медико – демографическими показателями: показателями здоровья населения и показателями заболеваемости женщин.

## **I. Показатели здоровья населения:**

### **1. Медико – демографические показатели:**

Показателями динамического движения населения является рождаемость, смертность и естественный прирост.

Рождаемость – процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизводству потомства (зачатие, оплодотворение, вынашивание плода). Рождаемость связана не только с биологическими, экологическими, но и социально-экономическими процессами, условиями жизни, традициями, обычаями, религиозными установками и другими факторами. Показатель рождаемости является не только важнейшим демографическим, но и медико-социальным критерием жизнеспособности воспроизводства населения. При этом, прежде всего изучается коэффициент рождаемости и коэффициент плодovitости.

**Коэффициент рождаемости (КР).**  $КР = \text{общее число родившихся живыми за год} \times 1000 / \text{среднегодовая численность населения}$ .

**Коэффициент плодovitости (КП).**  $КП = \text{число родившихся живыми за год} \times 1000 / \text{численность женщин фертильного возраста (15-49 лет)}$ .

**Повозрастной показатель плодovitости (ППП)** рассчитывается на отдельные интервалы фертильного возраста (например: 15-19; 20-24; 25-29 лет и т.д.) по формуле  $ППП = \text{число родившихся живыми у женщин соответствующего возраста} \times 1000 / \text{число женщин соответствующего возраста}$ .

Кроме того, в статистике рассчитывают суммарный коэффициент рождаемости, который показывает, сколько в среднем родила бы женщина на протяжении всей жизни при сохранении в каждом возрасте соответствующего уровня рождаемости.

**Показатель рождаемости (ПР)** исчисляется на 1000 среднегодового населения. При этом,  $ПР = \text{число родившихся живыми} \times 1000 / \text{среднегодовая численность населения}$ .

**Общая смертность (ОС)** исчисляется на 1000 среднегодового населения.  $ОС = \text{число умерших всех возрастов} \times 1000 / \text{среднегодовая численность населения}$ .

**Материнская смертность (МС)** – число умерших беременных, рожениц и родильниц от любой причины (кроме несчастных случаев, травм и отравлений) в расчете на 100000 живорожденных  $МС = \text{число умерших беременных, рожениц и родильниц от любой причины} \times 100000 / \text{число живорожденных}$ .

**Младенческая смертность (МлС)** исчисляется на 1000 родившихся детей живыми.  $МлС = \text{число умерших в младенческом возрасте} \times 1000 / \text{на число родившихся детей живыми}$ .

**Младенческая смертность по Ратсу (МлСР)** исчисляется из суммарного показателя числа  $1/3$  родившихся детей в прошлом году и  $2/3$  родившихся детей в текущем году.  $МлСР = \text{число умерших в младенческом возрасте} \times 1000 / (1/3 \text{ родившихся детей в прошлом году} + 2/3 \text{ родившихся детей в текущем году})$ .

**Естественный прирост населения (ЕПН)** служит наиболее общей характеристикой роста населения. Выражается или в абсолютных цифрах или как разность коэффициентов рождаемости и смертности.  $ЕПН = \text{число родившихся} - \text{число умерших} \times 1000 / \text{средняя численность населения}$ . Высокий естественный прирост может рассматриваться как благоприятное демографическое явление только при низкой смертности. Высокий естественный прирост населения при высокой смертности характеризует неблагоприятное положение с воспроизводством населения.

## **2. Показатели заболеваемости**

Заболеваемость по классам болезней изучается в общем контексте и отдельно по нозологиям. Общая заболеваемость в свою очередь изучается как общая (распространенность) и первичная. При этом, особое внимание необходимо уделить таким показателям как:

- общая заболеваемость женщин фертильного возраста и беременных женщин, в т.ч. анемией;
- заболеваемость женщин управляемыми инфекциями;
- заболеваемость социально-значимыми болезнями: туберкулез, онкологические, эндокринные заболевания, ИППП и другими

хроническими заболеваниями с высоким уровнем инвалидизации и смертности;

-заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВН).

### **Показатели деятельности ГСП/ СВП по охране здоровья женщин**

Основными качественными показателями деятельности СВП/ГСП по охране здоровья женщин является характеристика работы с беременными и женщинами различного возраста, которая представлена изучением следующих показателей:

#### **1. Своевременность обращения беременных под наблюдение:**

а) Своевременный охват беременных: число женщин поступивших под наблюдение до 12 недель  $\times 100$  / общее число беременных, поступивших под наблюдение.

б) Поздний охват беременных: число женщин поступивших под наблюдение после 28 недель  $\times 100$  / общее число беременных, поступивших под наблюдение.

**2. Полнота охвата беременных медицинским наблюдением:** число беременных, охваченных медицинским наблюдением  $\times 100$ /число всех беременных. Под наблюдением должны находиться 99,6 – 99,8% беременных.

#### **3. Процент ошибок в определении сроков родов:**

а) число женщин, родивших позже установленного срока на 15 дней и более  $\times 100\%$ / общее число родивших женщин;

б) число женщин, родивших ранее установленного срока на 15 дней и более  $\times 100\%$ / общее число родивших женщин.

**4. Охват беременных лабораторным обследованием, проводится изучение охвата беременных обследованием на резус-фактор, реакцию Вассермана, ВИЧ/СПИД, токсоплазмоз (определяется по каждому виду обследования отдельно):** Удельный вес беременных охваченных обследованием  $\times 100$ / число беременных взятых под наблюдение.

**Охват беременных скрининг обследованием:** Удельный вес беременных охваченных скрининг обследованием  $\times 100 /$  число беременных взятых под наблюдение.

**Удельный вес женщин ни разу не посетивших ГСП/СВП:** число лиц ни разу не посетивших ГСП/СВП  $\times 100 /$  число всех беременных.

**Показатель заболеваемости женщин с гинекологическими (экстрагенитальными) заболеваниями**

Число женщин с гинекологическими (экстрагенитальными) заболеваниями  $\times 1000 /$  число женщин находящихся под наблюдением

**Удельный вес медицинских отводов по беременности.** Число лиц, которым по медицинским показаниям противопоказаниям беременности даны медицинские отводы  $\times 100 /$  Число беременных взятых под наблюдение.

**Полнота обследования беременных.** Число беременных, которым проведено полное обследование  $\times 100 /$  Число беременных взятых под наблюдение.

**Среднее число посещений беременными городской семейной поликлиники (СВП) до родов (в послеродовый период)** общее число посещений до родов (в послеродовый период)/ сумму числа беременных женщин, состоящих под наблюдением в ГСП/СВП и родивших в данном году.

**6. Полнота обследования беременных стоматологом.** Число беременных женщин, обследованных стоматологом  $\times 100 /$  число женщин закончивших беременность родами в срок + преждевременными родами + абортами.

**7. Удельный вес осложнений беременности** Число беременных с токсикозом (другими заболеваниями)  $\times 100 /$  общее число женщин, закончивших беременность родами в срок + преждевременными родами + абортами.

**8. Исходы беременности**

а) Процент женщин, закончивших беременность родами в срок:  $\frac{\text{число беременных, у которых беременность закончилась родами в срок} \times 100}{\text{число женщин закончивших беременность родами в срок} + \text{преждевременными родами} + \text{абортами}}$ .

б) Процент женщин, закончивших беременность преждевременными родами:  $\frac{\text{число беременных, у которых беременность закончилась преждевременными родами} \times 100}{\text{число женщин закончивших беременность родами в срок} + \text{преждевременными родами} + \text{абортами}}$ .

**9. Частота смертности беременных:**  $\frac{\text{число женщин, умерших во время беременности} \times 1000}{\text{число женщин, поступивших под наблюдение консультации}}$ .

**10. Частота обследования беременных терапевтом:**  $\frac{\text{число беременных обследованных терапевтом} \times 100}{\text{число беременных взятых под наблюдением}}$ .

**11. Охват беременных психопрофилактикой:**  $\frac{\text{число женщин, прошедших психопрофилактику} \times 100}{\text{число женщин, закончивших беременность родами: в срок} + \text{преждевременными родами} + \text{абортами}}$

**12. Частота мертворождений:**  $\frac{\text{родилось мертвыми всего} \times 1000}{\text{родилось всего (живыми и мертвыми)}}$

**13. Уровень перинатальной смертности**  $\frac{\text{родилось мертвыми} + \text{умерло в первые 7 дней после рождения} \times 1000}{\text{родилось всего (живыми и мертвыми)}}$

**14. Структура гинекологических заболеваний:**  $\frac{\text{число женщин, больных данным гинекологическим заболеванием} \times 1000}{\text{число всех гинекологических заболеваний}}$

**15. Удельный вес женщин, применяющих гормональные контрацептивы:**  $\frac{\text{число женщин, стоящих на учете в ГСП/СВП, применяющих гормональные контрацептивы} \times 100}{\text{число женщин фертильного возраста, состоящих на учете в ГСП/СВП}}$ .

**16. Удельный вес аборт - на число женщин фертильного возраста:**  $\frac{\text{число беременных, закончивших беременность абортами}}$ ,

из числа состоящих на учете в женской консультации  $\times 100$ / число женщин фертильного возраста, состоящих на учете.

- **на число родов** число беременных, закончивших беременность абортми  $\times 100$ / число женщин, закончивших беременность родами в срок + преждевременными родами + абортми.

**Качественные показатели деятельности акушерского комплекса (родильного учреждения в %):**

-исходы родов :

-срочные роды,

-преждевременные роды,

-мертворождаемость.

-частота применения обезболивания в родах :

-частота осложнений в родах

-частота оперативных пособий в родах (щипцы, вакуум, ручное отделение плаценты и др.).

**Основные показатели эффективности деятельности родильного учреждения (акушерский комплекс, родильное отделение).**

**1. Использование пропускной способности акушерского комплекса:** число койко-дней, проведенных женщинами в акушерском комплексе  $\times 100$  / плановое число койко-дней.

**2. Средняя длительность работы койки в году:** число проведенных койко-дней/ среднегодовое число коек.

**3. Средняя длительность пребывания на койке:** число проведенных женщинами койко-дней/ среднее число женщин, находившихся в акушерском комплексе.

**4. Оборот койки:** число женщин, находившихся в акушерском комплексе / среднегодовое число коек.

**5. Время простоя койки:** среднегодовая занятость койки / средний оборот койки.

**6. Процент родов, проведенных с медикаментозным обезболиванием:** число родов с медикаментозным обезболиванием  $\times 100$  / общее число принятых родов.

**7. Удельный вес родов, принятых вне родильного дома:** число родившихся вне родильного учреждения  $\times 100$  / число принятых родов + число поступивших женщин, родивших вне родильного учреждения.

**8. Показатели состояния здоровья матерей:** частота осложнений в родах (определяется по каждому виду осложнения) число родильниц, имеющих разрыв промежности  $\times 1000$  / \_число принятых родов + число поступивших женщин, родивших вне родильного учреждения.

- частота осложнений в послеродовом периоде (по видам осложнений на 1000 родивших) число женщин, имеющих болезни мочеполовой системы  $\times 1000$  / общее число проведенных родов + число поступивших женщин, **родивших вне родильного учреждения** (процент нормальных родов): число нормальных родов  $\times 100$  / общее число принятых родов + число поступивших женщин, родивших вне родильного дома

- материнская смертность: число умерших беременных, рожениц и родильниц  $\times 100000$  / число родов, проведенных в стационаре + число родов вне родильного учреждения в данном году.

**9. Показатели лечебно-профилактической помощи новорожденным:**

- **частота мертворождений** (мертворождаемость): число родившихся мертвыми  $\times 1000$  / число родившихся живыми и мертвыми.

- **частота недоношенности:** число родившихся недоношенными (живыми и мертвыми)  $\times 1000$  / общее число родившихся (живыми и мертвыми).

- **заболеваемость недоношенных:** родилось больными и заболело недоношенных  $\times 1000$  / родилось живыми недоношенными.

**10. Показатели летальности новорожденных (общая, от различных заболеваний доношенных, недоношенных).**

- **летальность доношенных:** умерло доношенных x 100 / родилось живыми доношенными (родилось живыми всего недоношенными)

**11. Перинатальная смертность:** число родившихся мертвыми + число умерших впервые 168 часов x 1000 / число родившихся живыми и мертвыми

**12. Антенатальная смертность:** число умерших с 28 недель беременности до родов x 1000 / общее число родившихся живыми и мертвыми

**13. Материнская смертность:** Показатель материнской смертности (ПМС) — это число материнских смертей, поделенное на число женщин детородного возраста. Он отражает не только риск смерти женщины во время беременности и родов, закончившихся рождением живого или мертвого ребенка, но и фертильность в популяции  $\text{ПМС} = \frac{\text{число умерших беременных, рожениц и родильниц в течении 42 дня после родов}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 100000$

**14. Удельный вес операций кесарево сечение** Число женщин с кесаревым сечением x 100 / число родивших женщин.

**15. Коэффициент материнской смертности (КМС)** - это число материнских смертей, поделенное на число случаев рождения живых детей. Этот показатель отражает риск материнской смерти относительно числа новорожденных.  $\text{КМС} = \frac{\text{число умерших беременных, рожениц и родильниц}}{\text{число новорожденных}} \times 100000$

в течении 42 дней после прекращения беременности x 100 000 / Число живорожденных. Коэффициент материнской смертности следует рассчитывать по данным Государственного Комитета Статистики Республики Узбекистан (официальные отчетные данные областей и Республики Каракалпакстан). Пример расчёта коэффициента материнской смертности: в Самаркандской области число живорождений составляет 55 000, число женщин, умерших во время беременности, родов и в течении 42 дней после окончания

беременности, составляет 12. Подставляя значения в формулу, получим исчисляемый показатель:

Коэффициент материнской смертности  $x = 12 \times 100\,000 / 55\,000 = 21,82$

### **16. Структура материнской смертности от каждой причины.**

Так, например, число женщин умерших от всех причин составляет 143. Из них умерли от:

- Внематочной беременности – 8.
- Искусственного медицинского аборта – 3.
- Abortов начатых и начавшихся вне лечебного учреждения и не установленного характера – 20.
- Кровотечение во время беременности и родов – 37.
- Токсикозов беременности – 13.
- Сепсис во время родов и послеродового периода – 9.
- Других осложнений беременности, родов и послеродового периода – 53.

Расчёт структуры причин материнской смертности производится следующим образом:

#### **Число женщин умерших от данной причины**

Доля (%) беременных, рожениц и родильниц, умерших от данной причины умерших в общем числе  $x = \text{число беременных, рожениц и родильниц, умерших от данной причины} \times 100 / \text{общее число женщин умерших от всех причин}$ . Например, все умершие 143 женщины составляют 100%, а умершие от внематочной беременности 8 женщин - X%. Отсюда: Доля (%) беременных, рожениц и родильниц, умерших от внематочной беременности  $x = 8 \times 100\% / 143 = 5,6\%$ . Таким методом рассчитывается доля умерших матерей от каждой другой причины в общем числе умерших матерей.

Так, структура причин материнской смертности на данном примере выглядит так:

- Внематочной беременности – 5,6%
- Искусственный медицинский аборт – 2,1%

- Аборт, начавшийся вне лечебного учреждения и не установленного характера – 14%
- Кровотечение во время беременности и родов – 25,9%
- Токсикозы беременности – 9,1%
- Сепсис во время родов и послеродового периода – 6,3%
- Другие осложнений беременности, родов и послеродового периода – 37%. Итого = 100 %

### **17. Интенсивный показатель смертности от отдельных причин.**

Расчёт частоты наступления смерти от отдельных причин производится следующим образом: Материнская смертность от кровотечения = Число женщин умерших от кровотечения  $\times 100\ 000$  / Число живорожденных

Для расчета показателя материнской смертности по причинам, необходимо число умерших, от данной причины на 100 000 живорожденных, разделить на общее число живорожденных. Из вышеприведенного примера число женщин умерших от всех причин составляет 143, а умерших от внематочной беременности 8. Общее число живорожденных новорожденных условно 680 952. Расчёт коэффициента материнской смертности от внематочной беременности: Материнская смертность от внематочной беременности =  $8 \times 100.000 / 680\ 952 = 1,17$  Соответственно рассчитывается частота смертности от других причин. Указанные интенсивные показатели позволяют определять уровень (частоту, распространённость) той или иной причины смерти. Они дают возможность сравнивать уровни смертности от отдельных причин на разных административных территориях, оценить их динамику.

### **Методика анализа первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и родильниц.**

При анализе первичной документации умерших беременных, рожениц и родильниц следует обратить особое внимание на:

#### **1. Качество наблюдения в антенатальном периоде:**

- Срок беременности, при котором женщина взята на учет;
- Где и кем осуществлен антенатальный уход;

- Имелись ли противопоказания к данной беременности;
- Какие методы контрацепции женщина использовала и когда она от них отказалась;
- Регулярность наблюдения;
- Соответствие объема обследования риску беременности и своевременность этих исследований;
- Своевременность и достаточность лечения при выявлении патологии;
- Наличие и выполнение индивидуального плана, наблюдение за беременной с учетом факторов риска перинатальной патологии;
- Своевременность консультативного осмотра и госпитализации;
- Работа патронажной службы;
- Своевременное определение места и срока родоразрешения;
- Использование рекомендованных стандартов и протоколов.

## **2. Качество оказания медицинской помощи в стационаре:**

- Соответствие уровня учреждения, в который госпитализирована женщина, уровню риска здоровью беременной, роженицы/родильницы и плода/новорожденного;
- Имела ли место задержка госпитализации беременной, роженицы/родильницы, и каковы были ее причины;
- Имела ли место задержка оказания неотложной помощи беременной, роженице/родильнице и каковы были их причины;
- Квалификация врача и акушерки, проводивших роды;
- Своевременность и полнота обследования;
- Своевременность выставления и соответствие диагноза;
- Своевременность и полнота объема оказанной экстренной хирургической помощи;
- Необходимость консультативного осмотра и своевременность его осуществления;
- Обоснованность и адекватность вмешательств и назначенных препаратов;
- Наличие индивидуального конкретного плана ведения родов;

- Проведение консилиумов с участием главного врача и консультанта из вышестоящего учреждения;
- Использование стандартов и протоколов при оказании помощи.
- Обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи беременной, роженице и родильнице.

**3. При проведении анализа материнской смерти в результате кровотечения во время беременности, родах и послеродовом периоде, обратить особое внимание на:**

- Наличие факторов, предрасполагающих к кровотечению;
- Проведение профилактики кровотечения в родах;
- Проводился ли мониторинг за состоянием беременной /роженицы /родильницы;
- Своевременность выявления кровотечения;
- Была ли проведена оценка объема кровопотери;
- Своевременность и полнота обследования;
- Своевременность выявления причины кровотечения;
- Методы остановки кровотечения и их своевременность;
- Восполнение кровопотери (своевременность, адекватность объема и качества вводимых растворов, компонентов крови);
- Своевременность гемотрансфузии с учетом групповой и резус-совместимости, соответствие даты заготовки, условий хранения компонентов крови, их регистрации в истории родов;
- Своевременность оказания мультидисциплинарной помощи (акушера-гинеколога, хирурга, анестезиолога-реаниматолога, операционные сестры, акушерки и др.);
- Своевременность и полнота объема произведенного хирургического лечения;
- Обоснованность вмешательств и назначенных препаратов;
- Использование протоколов/стандартов по кровотечению.

**4. При проведении анализа смерти беременных, рожениц и родильниц с экстрагенитальными заболеваниями необходимо выяснить:**

- Своевременность диагностики ЭГЗ в амбулаторно – поликлинических учреждениях; обеспечение диспансерного наблюдения терапевтом или врачом другой специальности, проведение консультативных осмотров;

- Своевременность решения вопроса о прерывании беременности и своевременность направления, при наличии медицинских показаний, в учреждение соответствующего уровня;

- Своевременность и качество соответствующей корригирующей терапии соматической патологии у беременных в учреждениях соответствующего уровня;

- Своевременность направления в учреждение соответствующего уровня для решения вопроса о досрочном родоразрешении;

- Наличие показаний и своевременность досрочного родоразрешения в учреждении высокого уровня;

- Тактика ведения родов с учетом соматической патологии;

- Обоснованность вмешательств и назначенных препаратов;

- Участие терапевта или другого специалиста в ведении родов и послеродового периода;

- Соблюдение принципов медицины, построенной на доказательствах, при терапии беременных с соматической патологией.

## **5. При анализе первичной медицинской документации женщин, умерших от септических заболеваний обратить особое внимание на:**

- Наличие предрасполагающих факторов (очаг инфекции, длительный безводный промежуток, затяжные роды, многократные влагалищные исследования, кровотечения при беременности и родах, оперативные роды, акушерские пособия в родах, наличие преэклампсии, соматическая патология, факт вмешательства с целью прерывания беременности в лечебном учреждении или криминальный аборт). Учитывались ли эти факторы при ведении беременности/родов и в послеродовом/послеабортном периоде;

- Наличие условий и противопоказаний для прерывания беременности и оперативного родоразрешения;

- Имела ли место задержка при госпитализации и какова была причина;

- Своевременность выявления признаков септических осложнений и своевременность госпитализации в стационар соответствующего уровня;

- Оценка состояния беременной/роженицы/родильницы при поступлении в стационар и полнота обследования;

- Своевременность и полнота оказания неотложной помощи;

- Обоснованность вмешательств и назначенных препаратов;

- Своевременное определение тазового и внетазового сепсиса;

- Своевременное и адекватное проведение ранних реанимационных мероприятий при сепсисе;

- Своевременное привлечение специалистов и консультантов;

- Своевременное назначение, адекватность и оптимальность дозировки и сочетания антибактериальных препаратов;

- Достаточность и своевременность проведения других методов лечения (ИВЛ, инфузионная терапия, вазоактивные препараты, переливание компонентов крови, профилактика тромбозэмболических осложнений и др.);

- Своевременность и полнота объема оперативного вмешательства (при тазовом сепсисе) и адекватность анестезиологических пособий;

- Своевременность и полнота реанимационно-интенсивной терапии при септическом шоке;

- Своевременное направление для детоксикации к специалистам (гемодиализ и др.);

- Обоснованность выписки из стационара;

- Наличие местных протоколов и использование руководств/стандартов.

**6. При смерти беременных, рожениц и родильниц умерших от преэклампсии следует обратить особое внимание на:**

- Своевременность диагностики гипертензивных нарушений беременных в антенатальном периоде на первичном уровне;
- Адекватность ведения беременных с гипертензивными нарушениями в антенатальном периоде;
- Своевременность госпитализации в стационар соответствующего уровня;
- Имело ли место задержка оказания неотложной помощи и каковы их причины;
- Полнота и адекватность обследования, лечения, качество мониторинга за состоянием беременной/ роженицей/ родильницей;
- Своевременность выставления диагноза и выбора тактики ведения больной;
- Показания к досрочному прерыванию беременности и выбору метода родоразрешения;
- Метод обезболивания и его адекватность при родоразрешении;
- Обоснованность, своевременность вмешательств и назначенных препаратов;
- Проведение профилактики кровотечения в родах, профилактики судорог в родах и послеродовом периоде, проведение профилактики тромбоэмболических осложнений;
- Обоснованность выписки беременной и родильницы из стационара;
- Длительность стационарного лечения;
- Проведен ли анализ случая эклампсии, имевшего место в стационаре;
- Наличие местных протоколов и использование руководств /стандартов.

**7. При смерти беременных, рожениц и родильниц от разрыва матки обратить особое внимание на:**

- Где произошел разрыв матки: в лечебном учреждении, дома, при транспортировке. Срок, когда произошел разрыв матки: во время беременности или в родах. Причина: самопроизвольный или

насильственный. Объем произошедшего разрыва матки: полный или неполный;

- Анализ факторов способствовавших разрыву матки: наличие рубца на матке (после перфорации при аборте, консервативной миомэктомии, операции кесарево сечение, особенно корпорального, предшествующих разрыву матки). Наличие механических препятствий (анатомически или клинически узкий таз, неправильное положение и предлежание плода, уродства плода, крупный и гигантский плод, опухоли в малом тазу). Наличие в анамнезе аборт, в т.ч. внебольничных, воспалительные заболевания женских половых органов, инфантилизм и пороки развития матки. Частые повторные роды, многоплодие, многоводие, аномалия родовой деятельности (слабость, дискоординация), травма (удар в живот, падение на живот и др.). Неправильное применение сокращающих матку средств (окситоцин, простагландины). Производство акушерских операций и пособий при отсутствии соответствующих условий и показаний;

- Своевременное направление в стационар соответствующего уровня с учетом факторов риска;

- Своевременность госпитализации в стационар;

- Полнота объема обследования и своевременность диагностики разрыва матки;

- Своевременность и адекватность оказания неотложной помощи;

- Обоснованность вмешательств и назначенных препаратов;

- Соответствие тактики ведения родов с учетом имеющейся патологии;

- Своевременность и полнота объема оперативного лечения;

- Адекватность и своевременность анестезиологических пособий;

- Своевременное и адекватное восполнение ОЦК (инфузии растворов, применение препаратов крови);

- Своевременность вызовов старших врачей или консультантов;

- Адекватность интенсивной терапии в послеоперационном периоде;

· Наличие местных протоколов и использование стандартов/руководств.

**8. В случае смерти женщин от внематочной беременности следует обратить внимания на:**

- Обращалась ли женщина в СВП/СП по поводу данной беременности;
- Когда и где поставили диагноз внематочная беременность;
- Время от момента обращения за медицинской помощью до госпитализации;
- Была ли задержка при обследовании женщины с внематочной беременностью и выставлении диагноза;
- Была ли задержка при оказании экстренной помощи и каковы её причины;
- Тип ЛПУ, где произошла МС, возможность оказания ургентной помощи в нем;
- Своевременность, объем, качество оперативного лечения и качество анестезиологического пособия;
- Качество оценки кровопотери;
- Своевременное и адекватное восстановление ОЦК – время и объем вводимых растворов, время и объем гемо-плазмотрансфузий;
- Адекватность и своевременность проведенных противошоковых мероприятий и интенсивной терапии.

**9. При анализе первичной медицинской документации женщин, умерших от медицинского аборта, необходимо обратить особое внимание на:**

- В каком учреждении был проведен аборт и имелось ли направление на прерывание беременности;
- Полнота и своевременность обследования женщин, в т.ч. на выявление ЭГЗ и осложнений беременности;
- Срок беременности, при котором произведено прерывание;
- Обоснованность прерывания беременности во 2 триместре (наличие медицинских и немедицинских противопоказаний);
- Метод прерывания беременности;

- Применение и адекватность обезболивания;
- Профилактика и своевременность выявления осложнений прерывания беременности (в том числе ранних - перфорация матки, повреждения внутренних органов, разрыв матки, кровотечение, и поздних-перитонита, сепсиса, а также ТЭЛА и т.д.);
- Причины осложнений аборта;
- Была ли задержка в оказании неотложной помощи и каковы её причины;
- Обоснованность вмешательств и назначенных препаратов;
- Своевременность и полнота лечения (консервативного и хирургического) осложнений аборта;
- Имеются ли местные протоколы и использование стандартов/протоколов.

**10. Анализируя первичную документацию женщин, умерших от абортов, начавшихся вне лечебного учреждения и неустановленного характера, необходимо обратить внимание на следующее:**

- Обращение женщины по поводу данной беременности в какое-либо ЛПУ;
- Причины аборта вне лечебного учреждения;
- Наличие факта криминального вмешательства с целью прерывания беременности;
- Кем проведено вмешательство, в каких условиях, каким методом;
- Длительность времени с момента криминального вмешательства до обращения за официальной медицинской помощью и до госпитализации;
- Время от самопроизвольного аборта до появления признаков осложнений и обращения за мед.помощью (куда, когда обращалась);
- Проведение амбулаторного лечения по поводу осложнения аборта врачами других специальностей (терапевтом, инфекционистом и др.)

- Тип ЛПУ (отделение), в который госпитализирована больная (уровень родильного учреждения или инфекционное, терапевтическое отделения);

- Оценка состояния женщины при поступлении, объем обследования и своевременность выставления диагноза;

- Своевременность осмотра врачом акушер-гинекологом и врачами других специальностей (по показаниям);

- Своевременность установления осложнений (сепсис, кровотечение, повреждения внутренних органов, разрыв матки, ТЭЛА и др.). Мониторинг состояния, адекватность, объем и своевременность вмешательств (интенсивная терапия, анестезиологические пособия, оперативные вмешательства);

- Имело ли место задержка оказания неотложной помощи и каковы их причины;

- Использование руководств /стандартов/протоколов.

#### **4.8. Мероприятия по снижению материнской и младенческой смертности**

С целью достижения Целей развития тысячелетия ООН по снижению материнской и младенческой смертности, повышения качества медицинской помощи, оказываемой в родовспомогательных учреждениях беременным, роженицам и родильницам в свете реформирования системы здравоохранения и совершенствования организации деятельности медицинских учреждений в Республике Узбекистан проводятся мероприятия по снижению материнской и младенческой смертности. Система профилактических мероприятий включает в себя:

- предупреждение нежелательных беременностей;
- снижение числа аборт и заболеваемости по причине аборта;
- проведение профилактических мероприятий среди различных возрастных групп населения по формированию стереотипов поведения, безопасных для здоровья и жизни;
- консультирование по вопросам репродуктивного здоровья;

- планирование семьи; подготовку женщины и ее семьи к беременности и родам;
- антенатальную охрану плода, в том числе предупреждение и лечение внутриутробных инфекций и профилактику ВИЧ-инфекции.

В целях практической реализации государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья при женских консультациях семейных поликлиник проводится работа по организации по охране репродуктивного здоровья девочек, подростков и молодежи. Приказом Министерства здравоохранения №283 от 3.10.2012г. “О мероприятиях по снижению смертности беременных, рожениц и родильниц в Республике Узбекистан” утверждено 8 положений по охране здоровья женщин, а также, Республиканская экспертная комиссия по разбору материнской смертности. Это:

- Положение о методике расчета показателей материнской смертности (МС);
- Положение о методике анализа первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и родильниц;
- Положение о форме оперативного донесения о случае материнской смертности, согласно приложению №3;
- Положение о принципах построения патологоанатомического диагноза и заполнение медицинского свидетельства в случае материнской смерти, согласно приложению №4;
- Положение о порядке проведения разбора случаев материнской смерти, согласно приложению №5;
- Положение о карте экспертной оценки случая материнской смерти, согласно приложению №6;
- Положение об отчетной форме, о случаях материнской смертности в Республике Узбекистан, согласно приложению №7;
- Положение о Республиканской экспертной комиссии по разбору случаев материнской смертности, согласно приложению №8;

На выполнение отмеченных целей и задач даны поручено Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан,

начальникам ГУЗ г. Ташкента и областных управлений здравоохранения:

-принять меры по выполнению мероприятий по снижению материнской смертности в республике и совершенствованию системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в ПМСП и учреждениях родовспоможения;

-обеспечить преемственность между специалистами ПМСП и учреждениями родовспоможения (ВОП, узкие специалисты поликлиник, специалисты СВП) в оказании медицинской помощи беременным, женщинам фертильного возраста;

-обеспечить раннее взятие на учет по беременности (в 1 триместре), качественное диспансерное наблюдение, медицинский патронаж всех беременных/рожениц/родильниц, своевременную и целевую госпитализацию беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией в учреждения родовспоможения должного уровня;

-обеспечить постоянную связь между поликлиникой, родильным комплексом, станцией скорой и неотложной медицинской помощи и другими ЛПУ, для организации экстренной транспортировки беременных женщин при неотложных состояниях;

-обеспечить постоянную готовность родильных комплексов, родильных отделений РМО и других учреждений родовспоможения к оказанию экстренной помощи при неотложных состояниях беременных/рожениц/родильниц;

-обеспечить безотказное, своевременное, качественное оказание анестезиологической и реанимационной помощи беременным/роженицам/родильницам;

-постоянно обеспечивать дежурство высококвалифицированных специалистов в праздничные, выходные дни в учреждениях родовспоможения;

-обеспечить проведение патологоанатомического вскрытия трупов при всех случаях МС, проведение разборов каждого случая МС с собственным участием (результаты разбора и копии

медицинских документов по МС представить в МЗ РУз не позднее 10 суток).

-обеспечить 100% охват женщин фертильного возраста услугами по консультации по индивидуальному подбору средств безопасной контрацепции в целях предупреждения нежелательной беременности; качественное проведение регулярных медицинских осмотров и оздоровление женщин фертильного возраста с соматическими заболеваниями, используя при этом условия ЛПУ, консультативно-диагностических центров, дневных стационаров

-пересмотреть коллективные договора и внутренний распорядок учреждений, а также должностные инструкции всех медицинских работников первичного звена здравоохранения и службы охраны материнства и детства в соответствии с настоящим приказом.

-в случаях ненадлежащего исполнения должностных инструкций к медицинским работникам первичного звена здравоохранения и службы охраны материнства и детства применять меры дисциплинарной, административной и иной ответственности в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

Главными управлениями Министерства здравоохранения и РСНПМЦ АиГ разработаны и утверждены “План мероприятий по снижению материнской смертности в Республике”. Ташкентским институтом усовершенствования врачей разработаны программы регулярных семинаров, включая выездные на местах, для акушер-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов, ВОП, семейных врачей, участковых терапевтов и узких специалистов первичного звена здравоохранения; других групп специалистов - по вопросам особенностей течения беременности/ родов/послеродового периода, в т.ч. при экстрагенитальных заболеваниях, проведения анестезиологических и реанимационных пособий при неотложных состояниях в акушерстве, другим актуальным темам, с контролем базовых и освоенных знаний и навыков;

- проведение обучение специалистов работе на современном медицинском оборудовании в родовспомогательных учреждениях.

-совместно с высшими образовательными учреждениями, профильными врачебными ассоциациями проводились научно-практические конференции для ВОП, терапевтов, специалистов первичной медико санитарной помощи (ПМСП), акушер-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов по вопросам снижения материнской смертности.

-совместно с территориальными органами управления здравоохранения определена количественная потребность в полном охвате повышением квалификации акушерок и медицинских, в т.ч. патронажных, сестер по вопросам снижения материнской смертности, организованы курсы обучения на базе Республиканского центра повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников и его областных филиалов по графику.

-регулярно проводятся научно-практические конференции для ВОП, терапевтов, специалистов ПМСП, акушер гинекологов, анестезиологов-реаниматологов по вопросам снижения материнской смертности. -организовать курсы повышения квалификации акушерок и медицинских сестер на клинических базах ТашИУВ, ФУВ, медицинских ВУЗов.

-проводятся меры по совершенствованию учреждений родовспоможения, улучшению их материально-технической базы. в соответствии с СанПиНом;

-пересмотрена структура коечного фонда акушерско-гинекологических учреждений с учетом региональных особенностей, уровня рождаемости, гинекологической заболеваемости, материнской и перинатальной смертностей.

-проведена инвентаризация и проверка использования медицинской техники в акушерско-гинекологических учреждениях Республики Узбекистан.

-разработана электронная программа сбора отчетов о деятельности учреждений родовспоможения, паспорт

родовспомогательного учреждения, с созданием электронной базы данных;

-проводится экспертный анализ МС по первичной медицинской документации с предоставлением в ГУОМиД МЗРУз ежеквартального аналитического отчета согласно приложения №7;

### **Методика расчета показателей материнской смертности**

К числу основных показателей, отражающих качество и уровень организации работы ЛПУ относится показатель материнской смертности (МС).

По определению Международной Статистической Классификации Болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-Х), *"Материнская смерть – это смерть женщины во время беременности или в пределах 42 дней после завершения беременности, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины"*.

Это означает, что существует связь между беременностью и смертью как со временем наступления смерти, так и с причиной смерти. В момент наступления смерти женщина могла быть беременной, то есть она умерла до родов, или ее беременность могла завершиться рождением живого или мертвого ребенка, спонтанным или индуцированным абортom, или внематочной беременностью на протяжении предыдущих 6 недель.

### **Определения материнской смертности**

Материнская смертность	Смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.
------------------------	---

Материнская смерть от прямой причины, непосредственно связанной с беременностью	Смерть в результате акушерских осложнений, связанных с беременностью (во время беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или в цепи событий, последовавших за любой из вышеперечисленных причин.
Материнская смерть от косвенной причины, не связанной с беременностью	Смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.
Поздняя материнская смертность	Смерть, наступившая после аборта, выкидыша или родов, начиная с 43 дня и до истечения одного года после завершения беременности. Причины могут быть как прямыми, так и косвенными.
Случаи смерти, связанные с беременностью	Смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после окончания беременности, независимо от причин.
Смерть от стечения обстоятельств или от случайно возникшей причины	Смерть в период беременности или в послеродовой период от причины, не имевшей отношения к беременности.

В Узбекистане анализу подлежат случаи материнской смертности, включая материнскую смерть от прямой причины,

непосредственно связанной с беременностью и материнскую смерть от косвенной причины, не связанной с беременностью.

Число материнских смертей в популяции зависит от двух показателей: риска смерти во время одной беременности (или риска смерти во время одной беременности, закончившейся рождением живого ребенка) и числа беременностей или родов у женщин детородного возраста.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реформы, осуществляемые, в Узбекистане проводятся поэтапно, с учетом актуальности и высокой значимости сектора в социально-экономической жизни общества. Суть проводимых реформ заключается в обеспечении благосостояния населения, пропаганду и ведение здорового образа жизни, воспитание гармонично развитого поколения, создание эффективной системы медицинского обслуживания на качественном уровне, с соблюдением международных стандартов.

За истекший период реформ выполнена большая работа по реорганизации старой системы здравоохранения, созданию новых типов медицинских учреждений, организации единой централизованной системы экстренной и скорой медицинской помощи, внедрении передовых инновационных технологий в обслуживание пациентов. Проведены структурные изменения в подготовке и повышении квалификации кадров, переориентации системы с госпитальной службы на амбулаторно-поликлиническую, семейную медицину и врача общей практики. Изменился механизм обслуживания пациентов. На сегодня в стране осуществляют деятельность негосударственные лечебно-профилактические учреждения, оказывающие диагностическую, амбулаторную и стационарную медицинскую помощь населению. Повсеместно в медицинской практике внедряются новые технологии. Диагностику и лечение больных проводятся на основании разработанных стандартов. Претерпел изменения механизм финансирования медицинских учреждений. Проводится развитие профилактической медицины привитие населению нового мышления и ответственного поведения за свое здоровье, и многое другое.

В Республике за последние три года было принято более 170 правовых актов, и ряд нормативных документов, направленных на глубокое реформирование медицинской сферы. Как известно, и для семьи, и для государства гораздо выгоднее и эффективнее

предотвратить болезнь женщин, чем лечить. Поэтому в стране приоритетное значение уделяется развитию профилактической медицины. В целях улучшения системы медико-санитарной помощи в республике функционируют 817 сельских врачебных пунктов, 798 сельских и 178 городских семейных поликлиник с женскими консультациями и кабинетами здоровья девочек, организована работа «узких» специалистов по пяти профилям и пунктов круглосуточной скорой медицинской помощи и социальных аптек. Количество бригад скорой помощи увеличилось вдвое, с 818 до 1666, их расположение приближено к населенным пунктам. Для обновления автотранспортного парка службы закуплено более 1500 машин.

Реализуются национальные программы по укреплению репродуктивного здоровья, охране материнства и детства. В регионах в детских лечебных учреждениях открылись новые отделения – неонатальной хирургии, кардиохирургии, малоинвазивной акушерской хирургии, подростковой гинекологии и другие новые направления, где на сегодня проводятся сложные операции и медицинские вмешательства. Подобные преобразования способствуют сохранению здоровья женщин, значительному сокращению смертности матерей и новорожденных. Кроме того, на основе инновационного подхода по-новому налажена патронажная служба. В этой связи необходимо отметить, что медицинскими сестрами и врачами общей практики проводится системная работа по полному охвату патронажем женщин фертильного возраста и детей, одиноких пожилых людей, лиц с инвалидностью. Благодаря изучению состояния здоровья населения, посредством проведения медицинскими сестрами регулярных подворных обходов достигаются положительные результаты в предупреждении различных заболеваний, повышении медицинской культуры в семьях.

Как известно, специализированные научно практические медицинские центры расположены в столице, в связи с чем, жительницам регионов зачастую приходилось обращаться в столичные медицинские учреждения, при этом больные несли

дорожные расходы, оплату за проживание и психологический стресс (преодолевать долгий путь, ждать очереди и др.) чтобы получить необходимую помощь. В последние три года за счет организации и расширения коечного фонда на местах и сети филиалов специализированных научно практических медицинских центров, в частности, по таким направлениям, как аллергология, онкология, эндокринология, нефрология, гемодиализ и трансплантация почек, гематология, неврология, травматология и ортопедия, нейрохирургия и др, у больных имеется возможность получать квалифицированное лечение на местах. В областях организовано 310 специализированных отделений и 14 филиалов республиканских специализированных научно-практических медицинских центров. Сегодня не только в столице, но и в других областях успешно проводятся сложнейшие кардиохирургические, торакальные и полостные операции в том числе и для женщин. В ведущих медицинских центрах – выполняются трансплантации почек и печени, стволовых клеток.

В результате создания широких возможностей для развития частного медицинского сектора число частных лечебных учреждений превысило 5300. В республике только за последние три года было организовано более 100 современных совместных клиник с такими развитыми странами, как Германия, Китай, Россия, Израиль, Индия, США, Турция, Южная Корея и др все это направлено на улучшение качества и доступности медицинской помощи больным.

Современную клинику невозможно представить без квалифицированных и умелых кадров. В настоящее время подготовкой и переподготовкой кадров для здравоохранения занимаются 9 медицинских вузов страны и их 3 филиала, а также 22 международных факультета, созданных совместно с престижными зарубежными медико-научными учреждениями. Последовательно и на системной основе развивается отечественная фармацевтическая промышленность, разрабатываются современные механизмы поставки, доступного, реального ценообразования качественных

лекарственных средств. Фармацевтический рынок насыщается местными лекарственными препаратами и медицинскими средствами.

Финансирование системы здравоохранения также претерпело качественные изменения. Государственный бюджет здравоохранения вырос в несколько раз, что способствует обеспечению эффективности реформ, начато подушевое финансирование. К примеру, если в 2017 году в сферу было направлено 7,1 триллиона сумов, то в 2019 году – уже 12,1 триллиона сумов. Это в 1,6 раза больше по сравнению с предыдущими годами.

Увеличился в три раза объем средств, выделяемых на лекарственные препараты и медицинские средства, на строительство, реконструкцию и ремонт объектов здравоохранения. В более чем 1300 лечебных учреждениях выполнены строительные-ремонтные работы, только в текущем году они оснащены современным медицинским оборудованием в общей сложности на 100 миллионов долларов США.

Государство постоянно уделяет достойное внимание оценке труда медицинских работников, улучшению условий их быта на работе и в личной жизни, обеспечивает современным жильем, материальной и моральной поддержкой.

Как было отмечено в выступлении Президента Республики Узбекистан Ш.М.Мирзиёева на двадцатом пленарном заседании Сената Олий Мажлиса, проходившем 21 июня 2019 года “В нынешнюю эпоху глобализации защита прав и свобод, законных интересов женщин приобретает еще более актуальное значение. Требованием времени становится повышение их социально-экономической и политико-правовой активности.

Сегодня в системе государственных и общественных организаций нашей страны руководящие должности занимают около 1,4 тысячи женщин. В составе Сената - 17 женщин, Законодательной палаты - 21 женщина. Женщины составляют более 23 процентов депутатского корпуса местных Кенгашей.” В выступлении также отмечено, что на состоявшихся в мае этого года выборах

председателей сходов граждан избраны 1025 женщин. Отмечен рост числа женщин среди руководителей на предприятиях. Если в 2017 году этот показатель составлял 44,2%, то в текущем году - 45,3%.

При этом, доля женщин в сферах здравоохранения и социальных услуг составила более 82,0%, в сферах науки, образования и воспитания, культуры и искусства – 72%, в промышленности – 38%, в структуре субъектов предпринимательства – 29%, в сельском хозяйстве - более 25%.

Проводимая сегодня в Узбекистане государственная политика по защите прав и интересов женщин, обеспечению их широкого участия в общественно-политической жизни страны, гендерного равенства и репродуктивного здоровья получает высокую оценку международного сообщества, в частности, таких авторитетных международных структур, как ООН, Международная организация труда, ЮНИСЕФ, Всемирная организация здравоохранения. В этой связи Генеральным секретарем ООН Антониу Гутерришем на 63-й сессии Комиссии ООН прошедшей 11-17 марта 2019 года отмечено. "Где женщины принимают активное участие в политической и общественной жизни, там растет экономика, укрепляется стабильность и повышается благосостояние граждан". Следует отметить, что в основе таких положительных изменений прежде всего находится осуществляемая весомая работа по обеспечению женщинам достойного места в обществе, дальнейшему повышению их социального статуса. В частности, проводится большая работа по социальной защите женщин, созданию необходимых условий для привлечения их к предпринимательству, обеспечению их жильем. Вместе с тем из Общественного фонда поддержки женщин и семьи 1949 женщинам из малообеспеченных семей выделены кредиты на 42 миллиарда сумов. В последние годы в стране внедрена новая система обеспечения современным жильем женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. На этой основе 1 564 женщины получили не только жилье, но и рабочие места, что укрепляет их уверенность в завтрашнем дне.

Охрана репродуктивного здоровья населения, здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением государственной политики страны. Под руководством Президента Республики Узбекистан в государственных масштабах осуществляются мероприятия, направленные на повышение и улучшение качества медицинской помощи, обеспечению доступности медицинской помощи, особенно на региональном уровне, где немаловажное место занимают вопросы охраны здоровья женщин и детей. Благодаря проводимым реформам в здравоохранении за последние три года имеются и определенные достижения, недостатки и ряд вопросов, которые необходимо решать в ближайшем будущем. Эти вопросы были обозначены на заседании у Президента 25 февраля 2020 года, где немаловажное внимание уделено вопросам охраны здоровья женщин.

В Республике Узбекистан достигнуты значительные успехи в сфере охраны здоровья женщин. Кроме того, Всемирной организацией здравоохранения отмечено, что в результате последовательной реализации мероприятий по реформированию системы здравоохранения в Республике создана целостная организационно-институциональная структура оказания медицинской помощи, охватывающая все уровни здравоохранения, от сельских врачебных пунктов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, до специализированных медицинских центров, предоставляющих сложные высокотехнологичные медицинские услуги населению. Признан вклад и полная приверженность Узбекистана делу достижения Целей Развития Тысячелетия, связанных с охраной здоровья и стимулированием устойчивости многосекторной деятельности, а также с Глобальным Партнерством, в деле достижения намеченных целей (М.Чен).

Таким образом, в улучшении здоровья женщин существенную роль сыграла созданная в нашей стране государственная система охраны материнства и детства. Она включает в себя не только организацию медицинской помощи этим группам населения, но и

внимание и заботу, меры по социальной защите (материальные, правовые, образовательные и др.).

Система медицинской помощи женщинам базируется на широких и разносторонних социально-профилактических мерах. Ее ядром, ведущим звеном являются учреждения первичной медико-санитарной помощи и прежде всего, городские семейные поликлиники, сельские врачебные пункты, обеспечивающие более 80% потребностей в лечебной и свыше 90% профилактической помощи. Главной фигурой в охране здоровья женщин на первом уровне оказания медицинской помощи является врач общей практики, берущий на себя не только основную долю диагностической, лечебной и профилактической работы, но и выполняющий функции распределителя, потока больных женщин и здоровых пациенток, связывающего звена со следующими этапами медицинской помощи. На втором и третьем этапах медицинской помощи работает высококвалифицированный специалист – врач акушер-гинеколог, специалисты узкого профиля репродуктивного здоровья.

В решении задач охраны и улучшения здоровья женщин особенно большое значение приобрела реформа профилактической деятельности, все более основывающаяся на концепции первостепенной роли здорового образа жизни, гигиенического воспитания и санитарного просвещения. Однако в некоторых регионах, до сих пор имеет место низкий уровень медицинской культуры и гигиенической грамотности женщин, будущих матерей, что отрицательным образом отражается на показателях здоровья детей и женщин.

Основным документом дальнейшего совершенствования системы оказания современной высокотехнологичной специализированной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям на современном этапе является Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4513 от 8 ноября 2019 г. “О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного

возраста, беременным и детям”. Постановлением утверждена Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы, определены приоритетные направления повышения качества и дальнейшего расширения охвата медицинской помощью женщин репродуктивного возраста, беременных и детей. Подводя итоги исполнения Государственной политики по охране здоровья населения, необходимо отметить, что в Республике наряду с развитием теоретической и методической базы реформирования здравоохранения, создана собственная Национальная модель здравоохранения, суть, которой заключается в осуществлении профилактических мероприятий, поддержании здорового образа жизни, обеспечении главенствующей роли сети учреждений первичной медицинской помощи, создании современной системы экстренной медицинской помощи и сети специализированных центров абсолютно доступной на всей территории страны, обеспечивающей охрану здоровья женщин. Министерством здравоохранения Республики Узбекистан и Международным неправительственным благотворительным фондом «Соғлом авлод учун», совместно с Национальной телерадиокомпанией Узбекистана, Национальным информационным агентством Узбекистана, Агентством информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан, общественными организациями и другими средствами массовой информации проводится большая работа среди населения по внедрению здорового образа жизни, улучшению санитарно-гигиенической грамотности женщин, предупреждению рождения детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Организация медицинской помощи по охране здоровья женщин.
2. Программные документы, разработанные по охране здоровья женщин.
3. История развития организации медицинской помощи женщинам.
4. Этапы развития охраны материнства.
5. Ведущие учёные, внесшие вклад в развитие медицинской помощи по охране здоровья женщин.
6. Развитие организации медицинской помощи по охране здоровья женщин в независимом государстве.
7. Медико-демографические показатели в области охраны здоровья женщин.
8. Репродуктивное здоровье женщин.
9. Профилактические меры по охране репродуктивного здоровья.
10. Социально-гигиенические проблемы охраны здоровья женщин.
11. Роль международных организаций в области охраны здоровья женщин.
12. Международная деятельность ВОЗ в области охраны здоровья женщин.
13. Государственная политика Республики Узбекистан по охране здоровья женщин.
14. Скрининг Центры.
15. Задачи Скрининг Центров.
16. Теоретические основы организации медицинской помощи женщинам.
17. История развития медицинской помощи в сохранении здоровья женщин.
18. Этапы развития медицинской помощи в области охраны здоровья женщин за годы независимости Республики Узбекистан.

19. Что включает в себя понятие “Охрана здоровья женщин как социально-гигиеническая проблема?”

20. Профилактические меры по охране здоровья фертильного возраста.

21. Медико-социальные аспекты в охране здоровья женщин.

22. Международные организации в борьбе за сохранение жизни женщин.

23. Роль Международных организаций в охране здоровья женщин.

24. Деятельность международных и общественных организаций в развитие системы охраны здоровья женщин.

25. Стратегия ВОЗ на 21 тысячелетие по охране здоровья женщин.

26. Организация охраны здоровья женщин в Республике Узбекистан.

27. Работа, проводимая с государственными и международными организациями, ведомствами и агентствами, ответственными за защиту прав и обеспечение интересов женщин.

28. Показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья беременных и женщин.

29. Национальные проекты и стратегические программы по охране здоровья женщин.

30. Стратегическая программа «Эффективный перинатальный уход».

31. Внедрение стратегии ВОЗ по «Профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

32. Проект «Стратегия улучшения питания населения Республики Узбекистан».

33. Проект «Профилактика и ликвидация дефицита витамина А (ДВА)».

34. Проект «Профилактика дефицита железа и фолиевой кислоты».

35. Проект “Профилактика йододефицитных состояний”.

36. Национальная программа “Фортификации муки”.
37. Показатель числа беременных женщин, охваченных антенатальным уходом.
38. Показатель числа беременных, взятых на медицинский учет до 12 недельного срока гестации.
39. Показатель числа женщин с осложнениями во время беременности.
40. Показатель числа выполненных операций Кесарево сечений.
41. Показатель числа физиологических родов.
42. Показатель числа родов в присутствии партнеров.
43. Показатели числа беременных, получавших препараты фолиевой кислоты до наступления беременности и в период беременности.
44. Абсолютное число и процент женщин, рожавших с рубцом на матке.
45. Показатель определения содержания гемоглобина в крови у женщин, охваченных целевой программы по потреблению фортифицированной муки.;
46. Показатель охвата профилактическим лечением женщин, страдающих анемией.
47. Демография, показатели здоровья женщин .
48. Показатель первичной заболеваемости беременных.
49. Полнота охвата беременных и женщин диспансерным наблюдением (патронажем).
50. Индекс здоровья беременных и женщин.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Тестовые задания составлены на основе учебной программы по общественному здоровью и организации здравоохранения для студентов высших медицинских учебных заведений с учетом изменений и дополнений, основанных на достижениях медицинской науки и медицинских реформ, проводимых за последние годы.

Последовательность заданий соответствует основной теме дисциплины.

Используются четыре формы тестовых заданий, позволяющих контролировать меру и уровень знаний путем мобилизации различных познавательных умений от уровня узнавания, распознавания, воспроизведения до элементов логического мышления.

**Первый тип тестовых заданий** - «Выберите один или несколько правильных ответов» - представляет собой незаконченное утверждение, за которым следуют ответы, обозначенные буквами. Из предложенных ответов следует выбрать один или несколько правильных, указав соответствующие им буквы.

### **Пример 1:**

Сколько листов нетрудоспособности оформляет врач матери при одновременном заболевании двух ее детей, если она находится в очередном отпуске:

- а) один
- б) два
- в) ни одного

Правильный ответ: в)

### **Пример 2:**

Для определения стоимости стационарной помощи необходимо знать:

- а) общее количество койко-дней, проведенных больными в стационаре.

б) стоимость одного койко-дня.

в) суммарный размер пособий по временной нетрудоспособности за дни стационарного лечения.

Правильные ответы: а, б.

**Второй тип тестовых заданий** - «Дополните утверждение» - представляет собой варианты утверждений, в которых пропущен ключевой термин.

**Пример:**

Здоровый образ жизни - это такое осознанное поведение человека в определенных условиях труда, быта и отдыха, которое обеспечивает

(недостающее вписать):

а) сохранение здоровья

б) высокую работоспособность

в) активное долголетие

Правильный ответ: активное долголетие.

**Третий тип тестовых заданий** - «Установите (ранжируйте) правильную последовательность» - представляет собой перечень этапов (процессов), которые следует расположить в определенной последовательности, используя порядковые значения ответов.

**Пример:**

Ранжируйте указанные факторы по их влиянию на заболеваемость сахарным диабетом женщин фертильного возраста:

а) генетические.

б) состояние окружающей среды

в) деятельность учреждений здравоохранения.

г) условия и образ жизни.

Правильные ответы: а, г, в, б.

**Четвертый тип тестовых заданий** представляет собой задание на соответствие элементов одного множества процессов (ситуаций) элементам другого множества. Требуется к каждому предложению, обозначенному цифрой, подобрать один или несколько правильных ответов, обозначенных буквами.

**Пример:**

Искусственное прерывание беременности производится:

1. по желанию женщины **а) до 12 недель беременности**
2. по социальным показаниям **б) до 22 недель**
3. по медицинским показаниям **в) до 28 недель**
4. **г) независимо от срока беременности**

Правильные ответы: 1-а, 2-б, 3-г.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Задачами системы охраны здоровья женщин являются:

**а) участие в разработке законодательных документов по вопросам охраны здоровья женщин**

**б) государственная, материальная и социальная помощь семьям, имеющим много детей**

**в) качественная, гарантированная и доступная медико-социальная помощь.**

г) дальнейшее наращивание общего (неспециализированного) коечного фонда.

2. Этапами оказания медицинской помощи в системе охраны здоровья женщин являются:

**а) оказание помощи женщине вне беременности.**

**б) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода.**

**в) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов.**

**г) охрана здоровья новорожденного.**

д) охрана здоровья детей дошкольного и школьного возраста.

3. Выберите показатель, являющийся интегрированным показателем здоровья женщин фертильного возраста в настоящее время:

а) первичная заболеваемость.

б) распространенность заболеваний.

в) показатель охвата диспансерным наблюдением.

**г) распределение по группам здоровья.**

4. Об эффективности профилактической работы городской семейной поликлинике среди женщин фертильного возраста можно судить по:

а) полноте и своевременности проведения профилактических мероприятий.

**б) динамике показателей здоровья женщин фертильного возраста.**

в) показателям охвата женщин профилактическими осмотрами.

5. Итоговая оценка состояния здоровья женщин при проведении диспансеризации является функцией:
- а) врачей-специалистов.
  - б) участкового врача общей практики.**
  - в) заведующего отделением детской поликлиники.
6. Основными источниками информации о состоянии здоровья женщин являются:
- а) данные об обращаемости за медицинской помощью.**
  - б) сведения о регулярности наблюдения за детьми.
  - в) данные обязательных медицинских осмотров, данные о смертности женщин.**
7. Наиболее эффективная форма работы городской семейной поликлиники (СВП) по формированию здоровья женщин является:
- а) чтение лекций
  - б) анкетирование
  - в) патронаж
  - г) беседы**
8. При организации работы медицинского персонала с семьей принимается во внимание:
- а) структура и состав семьи**
  - б) укомплектованность штатами семейной поликлиники
  - в) состояние здоровья семьи**
  - г) потребность в медико-социальной помощи**
9. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин:
- а) экологические**
  - б) генетические**
  - в) наличие вредных привычек**
  - г) раннее начало половой жизни**
10. Ведущая причина в структуре материнской смертности:
- а) акушерские кровотечения**
  - б) экстрагенитальная патология
  - в) сепсис
11. Показатель материнской смертности:

- а) не зависит от интервала между родами
- б) ниже при интергенетическом интервале менее двух лет
- в) выше при интергенетическом интервале менее двух лет**

12. Метод планирования семьи, преобладающий в большинстве развитых стран мира:

- а) гормональная контрацепция
- б) внутриматочная контрацепция**
- в) стерилизация
- г) искусственный аборт

13. Наиболее распространенным методом планирования семьи является:

- а) гормональная контрацепция
- б) внутриматочная контрацепция
- в) искусственный аборт**
- г) стерилизация

14. Для оценки эффективности диспансерного наблюдения используются следующие показатели:

- а) показатель частоты обострений**
- б) систематичность наблюдения
- в) показатели объема проведения лечебно-профилактических мероприятий**
- г) число случаев и дней временной нетрудоспособности
- д) число госпитализаций

23. Количество врачей, работающих в родильном учреждении (по штатному расписанию), зависит от:

- а) численности обслуживаемого населения
- б) заболеваемости населения
- в) объема оказываемых медицинских услуг
- г) количества коек в стационаре**

24. Показателем рационального использования коечного фонда в родильном учреждении является:

- а) средняя длительность обследования больного в стационаре
- б) объем медицинских услуг, выполненных в стационаре

**в) среднегодовая занятость койки**

25. Показатель материнской смертности вычисляется по формуле:

**а) число умерших беременных, рожениц и родильниц (в том числе и случаи смерти в течение 42-х дней после прекращения беременности) / на число живорожденных и умножить на 100 000**

**б) число умерших беременных разделить на суммарное число беременных и умножить на 1000**

**в) число умерших беременных, рожениц и родильниц разделить на численность женского населения и умножить на 1000**

26. Женщинам с акушерско-гинекологической патологией помощь оказывают:

**а) гинекологические кабинеты семейной поликлиники**

**б) акушерские комплексы**

**в) перинатальные центры**

**г) специализированные отделения многопрофильных больниц**

27. К лечебно-профилактическим учреждениям оказания стационарной медицинской помощи беременным и женщинам относятся:

**а) акушерские комплексы**

**б) медицинский ВУЗ**

**в) перинатальные центры**

**г) ПСМП**

28. К лечебно-профилактическим учреждениям оказания медицинской помощи беременным и женщинам относятся :

**а) амбулаторно-поликлинические**

**б) диспансеры**

**в) охраны материнства и детства**

**г) аптечные**

29. Стандарт медицинской помощи женщинам - это:

**а) установленные в ЛПУ объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий оказания медицинской помощи, отражающие возможности данного учреждения.**

**б) формализованная модель ведения больной женщины, предусматривающая объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий.**

в) санитарные нормы и правила работы ЛПУ

30. Медико-экономический стандарт охраны здоровья женщин определяет:

**а) объем и последовательность выполнения лечебно-диагностических мероприятий по охране здоровья женщин.**

б) гарантированный объем и качество лечебно-диагностических мероприятий.

в) гарантированный объем и качество лечебно-диагностических мероприятий и затраты на их выполнение.

31. Наиболее информативным методом оценки качества и эффективности работы ЛПУ по охране здоровья женщин является:

а) метод анализа статистических показателей деятельности учреждения.

б) метод экспертных оценок.

**в) социологический метод.**

32. Преимущество метода экспертных оценок заключается в том, что он:

а) наиболее экономичный

б) наименее трудоемкий

**в) наиболее информативный**

33. Скрининг - это:

а) предположительная идентификация нераспознанной болезни или дефектов с помощью тестов.

**б) предположительная идентификация нераспознанной болезни или дефектов с помощью тестов, исследований или других процедур, проводимых без большой затраты времени.**

в) диагностическое (клиническое) обследование, уточняющую стадию заболевания

34. Задачами ПМСП по охране здоровья женщин являются :

- а) лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений.
- б) оказание всех видов специализированной медицинской помощи
- в) проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очаге.
- г) **санитарно-гигиеническое образование женщин.**
- д) **проведение мер по охране здоровья женщин.**

35. Задачами системы охраны здоровья женщин являются:

- а) **забота государства о здоровье женщин.**
- б) **обеспечение женщинам-матерям возможности максимально использовать гражданские права**
- в) обеспечение условий, необходимых для всестороннего гармонического развития детей.
- г) **разработка эффективной системы оказания медицинской помощи женщинам.**

36. Основные направления развития службы охраны здоровья женщин включают:

- а) дальнейшее наращивание коечного фонда
- б) **совершенствование нормативно-правовой базы**
- в) **интеграцию с общими структурами здравоохранения**
- г) развитие индустрии детского питания
- д) улучшение работы по вакцинации детского населения

37. Ведущей причиной материнской смертности является:

- а) токсикозы беременности.
- б) внематочная беременность.
- в) аборт вне лечебного учреждения.
- г) **сепсис**
- д) **кровотечение во время беременности и родов.**

38. К общим показателям работы учреждений по охране здоровья женщин относятся:

- а) **перинатальная смертность**
- б) **младенческая смертность**

- в) смертность детей в разных возрастных группах
- г) **рождаемость**
- д) соотношение родов и абортов
- е) **плодовитость**
- ж) **материнская смертность**

39. Какие методы применяются для анализа организации и качества медицинской деятельности учреждений по охране здоровья женщин:

- а) **опросный**
- б) **статистический**
- в) математическое моделирование
- г) **метод экспертных оценок**
- д) **метод медико-экономического анализа**

40. Специальными показателями работы учреждений по охране здоровья женщин являются:

- а) **соотношение числа родов и абортов**
- б) перинатальная смертность
- в) **число женщин применяющих контрацептивы**
- г) рождаемость
- д) **число беременных женщин с экстрагенитальными**

**заболеваниями**

- е) **материнская смертность**

41. Принципами гигиенического обучения и воспитания населения являются:

- а) **оптимистичность**
- б) **научность**
- в) **преемственность**
- г) **доступность**
- д) материальное стимулирование
- е) **актуальность**

42. К медицинской функции семьи относятся:

- а) **рождение и воспитание здорового ребенка**
- б) самодиагностика и самолечение хронических заболеваний
- в) **формирование здорового образа жизни**

- д) **фертильная**
- е) получение профессии

43. Укажите жизненные ситуации, относящиеся к неординарным видам семейных кризисов:

- а) вступление в брак
- б) **привлечение к военным действиям**
- в) рождение здорового желанного ребенка
- г) **неожиданная смерть ребенка**
- д) **внезапное тяжелое заболевание члена семьи**

44. Выберите жизненную ситуацию, относящуюся к ординарным семейным кризисам:

- а) **плановая госпитализация беременной**
- б) потеря работы
- в) **вступление в брак**
- г) смерть близкого родственника

45. В расчет показателя материнской смертности входит:

- а) **беременных от любой причины**
- б) **беременных, причина смерти которых связана с беременностью**
- в) **рожениц**
- г) рожениц в течение 50 дней после родов
- д) **рождениц в течение 42 дней после родов**

46. Ведущей причиной материнской смертности является:

- а) токсикозы беременности
- б) внематочная беременность
- в) аборт вне лечебного учреждения
- г) **сепсис**
- д) **кровотечение во время беременности и родов**

47. К специальным показателям работы учреждений службы по охране здоровья женщин относятся:

- а) **перинатальная смертность**
- б) младенческая смертность
- в) смертность детей в разных возрастных группах

**г) материнская смертность.**

**д) соотношение родов и абортов.**

49. По какому принципу работают республиканские специализированные учреждения?

а) участковому

б) диспансерному

в) массовому

**г) специализированному**

**д) перевод пациентов “на себя”.**

50. Укажите основной показатель деятельности городской семейной поликлиники (ССП, СВП) по охране здоровья женщин:

**а) ранний охват беременной наблюдением**

б) поздний охват беременных наблюдением

**в) исходы беременности**

г) исходы родов

**д) частота осложнений беременности.**

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конституция Республики Узбекистан 8 декабря 1992 г.
2. Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан Узбекистана», 1996 г.
3. Закон Республики Узбекистан «О защите населения от туберкулеза», 2001г.
4. Закон Республики Узбекистан «О донорстве крови и ее компонентов», 2002г.
5. Закон Республики Узбекистан. «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекции) 1994г.
6. Закон Республики Узбекистан «О профилактике йододефицитных заболеваний», 2007г.
7. Закон Республики Узбекистан «О гарантиях прав ребёнка» 2008г.
8. Закон Республики Узбекистан «О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения», 2010г.
9. Закон “О государственной молодежной политики” 2016 г.
10. Закон “Об охране репродуктивного здоровья граждан” 2019г.
11. Закон Республики Узбекистан “О гарантиях равных прав и возможностей для женщин и мужчин” 2019 г.
12. Стратегия по улучшению питания населения Республики Узбекистан (2009-2011гг.)
13. Национальная программа по фортификации муки (Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-153 от 11 августа 2005 года «О мерах по реализации проекта «Национальная программа по фортификации муки» (на 2005- 2009 гг.)
14. Указ Президента Республики Узбекистан от 17 марта 1999 г. «О дополнительных мерах по усилению социальной защиты женщин» и

Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан «О льготном налогообложении женщин, занятых на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда»,

15. Указ Президента Республики Узбекистан от 29 августа 2004 года № УП-3481 «О введении ордена Соғлом авлод учун»

16. Указ Президента Республики Узбекистан от 26 февраля 2003 года № УП-3214 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения».

17. Указ Президента Республики Узбекистан от 26 февраля 2003 года № УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации государственной программы развития здравоохранения».

18. Указ Президента Республики Узбекистан от 2 февраля 2018 года № УП-5325 “О мерах по коренному совершенствованию деятельности в сфере поддержки женщин и укрепления института семьи”

19. Указ Президента Республики Узбекистан от 7.12.2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».

20. Выступление Президента на 20 заседании Олий Мажлиса Республики Узбекистан от 22 июня 2019 г.

21. Национальная база данных законодательства, 25.12.2017 г., № 07/17/3440/0458; 11.12.2019 г., № 06/19/5892/4134.

22. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан №730 от 19 февраля 1999г. «О Государственной программе мер по усилению роли женщин в семье, государственного, общественного строительства, совершенствование системы защиты их правовых, социальных, экономических, духовных интересов».

23. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан №365 от 25 августа 2003 г. «О медицинском освидетельствовании лиц вступающих в брак».
24. Постановление Президента Республики Узбекистан ПП- № 153 от 11 августа 2005 года «О мерах по реализации Национальной программы по фортификации муки».
25. Постановление Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 г. № 700 «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики»,
26. Постановление Президента Республики Узбекистан от 18 июня 2008 г. №ПП-892 «О Государственной программе раннего выявления врождённых и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства»,
27. Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года № ПП-1096 «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формированию здорового поколения»,
28. Постановление Президента Республики Узбекистан от 1 июля 2009 года № ПП-1144 «О программе мер по дальнейшему усилению и повышению проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребёнка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013гг. »,
29. Постановление Президента Республики Узбекистан от 27 января 2010 года № ПП 1271 «О Государственной программе «Год гармонично развитого поколения»,
30. Постановление Президента Республики Узбекистан от 19 февраля 2014 года № ПП-2133 «О Государственной программе «Год здорового ребенка».
31. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан 28.07.2011 г. № 219 О мерах по реализации программы "здравоохранение. компонент "Репродуктивное здоровье/ охрана

материнства и детства" при финансовом сотрудничестве с правительством Федеративной Республики Германия

32. Постановление Президента Республики Узбекистан 06.06.2017 г. № ПП-3039 “О мерах по дальнейшему совершенствованию системы управления и повышению профессиональной ответственности руководителей и специалистов за эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи населению города Ташкента”.

33. Выступление Президента Республики Узбекистан Шавката Мирзиёева на двадцатом пленарном заседании Сената Олий Мажлиса (21 июня 2019 года).

34. Постановление Президента Республики Узбекистан 25.12.2017 г. № ПП- 3440 “О государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний у детей на период 2018 — 2022 годы”.

35. Постановление Президента Республики Узбекистан 07.09.2019 г. № ПП-4440 “О мерах по дальнейшему улучшению медицинской и социальной помощи детям с редкими (орфанными) и другими наследственно-генетическими заболеваниями”.

36. Постановление Президента Республики Узбекистан 18 декабря 2018 г., № ПП-4063 “О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения”.

37. Постановление Президента Республики Узбекистан 8.11.2019 г. № ПП-4513 “О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям”.

38. Постановление Законодательной Палаты Олий Мажлиса Республики Узбекистан от 17.11.2018 г. “О государственном бюджете Республики Узбекистан, бюджетах Государственных

целевых фондов и основных направлениях налоговой и бюджетной политики на 2019 год”.

39. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 5 сентября 2005 года № 425 «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания помощи беременным в учреждениях первично медико-санитарной помощи Республики Узбекистан»,

40. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 5 июля 2002 года № 242 «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укреплению здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»,

41. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 22 апреля 2005 года № 176 «О программе по дальнейшему снижению младенческой смертности»,

42. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 13 ноября 2007 года №500 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций»,

43. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 27 сентября 2007 года № 428 «О внедрении методологии ВОЗ по конфиденциальному расследованию критических случаев, угрожающих жизни женщины в родовспомогательных учреждениях»,

44. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 18 марта 2009 года № 74 «О мерах по профилактике передачи ВИЧ-от матери ребенку в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения»,

45. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 4 августа 2009 года № 243 «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения»,

46. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 31 декабря 2010 года №378 «Об организации перинатальных центров и мерах по

дальнейшему совершенствованию деятельности учреждений родовспоможения»,

47. Приказ Министерством здравоохранения Р.Уз от 30 марта 2007 года №145 «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания медицинской помощи детям на первичном звене здравоохранения»,

48. Приказ Министерства здравоохранения Р.Уз от 18 марта 2009 года №74 «О профилактике передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку в учреждениях системы Министерства здравоохранения»,

49. Приложение № 2 к Приказу МЗ РУз № 283 от 3.10.2012г.

50. Асадов Д.А., Даминов Т.О., Расулова Н.Ф. “Узбекистонда педиатриянинг ривожланиш тарихи” Ташкент – 2011 г. 1-123 стр.

51. Асадов Д.А. «Анализ затратной эффективности систем здравоохранения», Узбекистон тиббиёт журнали, Ташкент - 2003 г. № - 6. Специальный выпуск 65-74 стр.

52. Ахмедов М., Азимов Р., Алимова В., Речел Б. «Системы здравоохранения: время перемен», Том 9 № 3 2007 г. «Узбекистан. Обзор системы здравоохранения», Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения 2007г., стр. 1-280.

53. Дудукина И.П. «Сборник законодательства Республики Узбекистан для системы управления здравоохранением», г.Оснабрюк Университет прикладных наук. 2005 г.

54. Искандаров Т.И., Маматкулов Б.М. “Санитария-статистик ва ижтимоий–гигиеник тадқиқот услублари”. Тошкент 1994 г., 23 стр.

55. Искандарова Ш.Т., Махмудова Н.М., Абдурахимов З.А., Кариева М.Т. «Основная терминология, встречающаяся при изучении общественного здоровья и здравоохранения», Ташкент 2005 г.

56. Искандарова Ш.Т., Расулова Н.Ф. “Тиббиёт тарихи фани буйича дарслик” Ташкент – 2013 г. стр. 1-167

57. Искандарова Ш.Т., Назарова С.К. Жанибеков Ж., Мирдадаева Д.Д. «Охрана здоровья женщин» Учебное пособие. Ташкент 2016 г. 1-237 с
58. Искандарова Ш.Т., Назарова С.К., Файзиева М.Ф., Мирдадаева Д.Д. “Ахоли саломатлиги таъсир этувчи омиллар” Монография. Ташкент 2017 г. 1-185 с
59. Искандарова Ш.Т., Юсупалиев Б.К., Расулова Н.Ф. История медицины (учебник) 1- 113 с 2019 г
60. Искандарова Ш.Т., Ахунова Н.Х., Курбанова М.Б. Особенности организации санаторно-курортного для женщин фертильного возраста страдающих бесплодием Сборник статей по материалам Международной научно-практической конференции «Молодой исследователь: вызовы и перспективы», Россия, № 3 (56) 2018 г, С 96-100
61. Искандарова Ш.Т., Партнерские роды – залог успешных и безопасных родов Актуальные проблемы гигиены и санитарии в Узбекистане. Т. 2012г С 202-203
62. Искандарова Ш.Т., Тураева З.Ш. Оила психогигиенасини ташкил қилиш асослари ҳақида Материалы научно - практической конференции. Ташкент-2007г, С 231
63. Искандарова Ш.Т., Вафакулова У.Б. Психологические аспекты бесплодия в браке НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз, 2004г, с 238-239
64. Исмаилов С.И, Нугманова Л.Б., Рашитов М.М., Кулимбетов М.Т., Алимджанов Н.А., Бабаханов Б.Х. “Динамика йододефицитных состояний в Узбекистане” Международный Эндокринологический Журнал 4(16) 2008г.
65. Курбанов Б.Д., Курбанов Д.Д. Development of a method for early diagnosis of Preeclampsia in pregnant women using the antiangiogenic protein Sflt1, and Morpho-functional characteristics of the Placenta.

Journal of Advance Research in Dynamical & Control Systems, Vol. 12, Issue-06, 2020. Pages 1010-1015

66. Курбанов Б.Д. The effectiveness of sflt1 protein for the diagnosis and prediction of hypertensive states in pregnant Materials of 29<sup>th</sup> European meeting on Hypertension women, June 21-24 2019 Milan, Italy. Page 241.

67. Курбанов Б.Д., Курбанов Д.Д. Роль биохимических маркеров в диагностики преэклампсии. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. 2018. №3.стр 119-126.

68. Курбанов Б.Д., Курбанов Д.Д. Особенности изменения гемостазиологических показателей у женщин с преэклампсией. Материалы XIV международного конгресса по репродуктивной медицине, 21-24 января 2020, Москва, РФ. Стр 102-103.

69. Курбанов Б.Д. Сравнительный морфологический анализ плаценты у женщин с гипертензивными состояниями. Журнал «Вестник врача», №1 2020 Стр 38-41.

70. Кучеренко В.З. «Организация и оценка лечебно-профилактической помощи населению», ГЕОТАР МЕДИА - Москва, 2008 г. стр. 189-196.

71. Лисицын Ю.Н. «Заболеваемость – ведущий показатель общественного здоровья», Общественное здоровье и здравоохранение. – Москва, 2002 г. – стр.217-265

72. Лисицын Ю.П. «Общественное здоровье и здравоохранение», учебник для ВУЗов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - : ГЭОТАР-Медиа, М. 2015г.

73. Маматкулов Б.М. “Жамоат саломатлиги ва согликни саклашни ташкил килиш.” Ташкент Илм-зиё – 2013 г. стр.1-571

74. Назарова С.К. Экстрагенитальные заболевания женщин фертильного возраста как социально-гигиенические проблемы. Журнал «Тиббиётда янги кун», № 2 (30), 2020. 183-186

75. Назарова С.К. Хасанова М.И., Джалилова Г.А., Тураева Н.Э. Деятельность ВОП в улучшении репродуктивного здоровья женщин. Республиканская научно-практическая конференция “Гигиенические аспекты охраны окружающей среды. Укрепление здоровья и благополучие населения-приоритетные направления здравоохранения Узбекистана” Т., 2014 г с 250-251.
76. Назарова С.К. Нуритов Н., Заидова А.Х., Назарова Н.И. “Краткая история развития охраны здоровья детей.” Научно реферативный журнал “Тиббиётда янги кун” Т.,4 (8)-2014 г. С 14-19.
77. Назарова С.К., Файзиева М.Ф., Винокурова Е. С. Причины развития бесплодия у женщин и эффективность лечебно-профилактических мероприятий. Научно практический журнал “Молодой ученый” -“Young Scientist” № 11 (145). Март 2017г. с. 128-130.
78. Назарова С.К. Файзиева М.Ф. Об актуальных вопросах коронавирусной инфекции у беременных женщин и вертикального заражения плода Вестник Ташкентской медицинской академии № 4 2020 С 192-196
79. Назарова С.К., Мирдадаева Д.Д. Особенности профессиональной этики и деонтологии медицинского работника на современном этапе. Журнал «Тиббиётда янги кун», № 2 (30), 2020 г. С 401-407
80. Орел В.И., С.Ю.Кузнецова «Общественное здоровье и здравоохранение», – Санкт-Петербург. – Москва, 2002 г. 109-115.
81. «Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения», под ред. Лисицына, Москва. 1984 г. стр. 143-153
82. Результаты работ Ташкентского Международного Симпозиума Национальной модели охраны матери и ребенка в Узбекистане «Здоровая мать – здоровый ребенок» 25-26 ноября 2011 г.
83. Юрьев В.К. «Заболеваемость», Общественное здоровье и здравоохранение. Санкт-Петербург 2000 г. с. 69-146.

84. Юрьев В.К., Микертичан Г.П. «Общественное здоровье и здравоохранение», учебник для студентов, издательство «Петрополиус» Санкт-Петербург, 2002, с. 47-66.
85. Материалы Государственного Комитета Статистики Республики Узбекистан на 1 января 2011г, 2017г., 2019г
86. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных с здоровьем десятой пересмотр (МКБ -10) часть 1. Ташкент 2000.
87. Оценка Всемирной книги фактов ЦРУ США (CIA World Factbook) 2016 год.
88. Статистические материалы о деятельности педиатрических учреждений Республики Узбекистан за 2000-2005 г. Ташкент 2006 г.
89. Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан 2015 г. - Ташкент 2015 г.
90. Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан 2018 г. - Ташкент 2018 г.
91. Asian Development Bank (2004). Report and recommendation of the President to the Board of Directors on a Proposed Loan and Technical Assistance Grant to the Republic of Uzbekistan for the Woman and Child Health Development Project. 2004 Taskent, Asian Development Bank 2007 ([www.adb.org](http://www.adb.org)).
92. Measure DHS (2004) Uzbekistan Health Examination Survey (UHES) 2002 Calverton, MD, Measure Demographic and Health Surveys ([www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)) 2007.
93. <https://data.gov.uz/ru/datasets/9919>
94. <https://uz.sputniknews.ru/Uzbekistan/20190215/10823733/Uzbekistan-lidiruet-po-prodolzhitelnosti-zhizni-sredi-stran-TsA.html>
95. <https://gender.stat.uz/ru/osnovnye-pokazateli/zdravookhranenie/aborty-rody/1169-aborty-i-rody-v-2007-2018-gg>

96. Исследование Global Burden of Disease, медицинское издание Lancet.

97. [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26381VNR\\_2020\\_Uzbekistan\\_Report\\_Russian.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26381VNR_2020_Uzbekistan_Report_Russian.pdf)

98. <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet>

99. <https://stat.uz/uploads/docs/demog-yan-dek-ru18.pdf>

100. <http://www.belriem.by/news/248-zashchita-materinstva-i-detstva>

Система профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья включила в себя:

- предупреждение нежелательных беременностей;
- снижение числа абортов и заболеваемости по причине аборта;
- проведение профилактических мероприятий среди различных возрастных групп населения по формированию стереотипов поведения, безопасных для здоровья и жизни;
- консультирование по вопросам репродуктивного здоровья;
- планирование семьи; подготовку женщины и ее семьи к беременности и родам;
- антенатальную охрану плода, в том числе предупреждение и лечение внутриутробных инфекций и профилактику ВИЧ-инфекции.

В целях практической реализации государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья проводится работа по организации при женских консультациях кабинетов планирования семьи и услуг по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3-4
<b>ГЛАВА 1. ГЛАВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН.....</b>	5
1.1. История развития медицинской помощи в сохранении здоровья женщин.....	5-8
1.2. История развития охраны здоровья женщин в Узбекистане.....	8-11
<b>ГЛАВА 2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН.....</b>	12
2.1. Репродуктивное здоровье. Профилактические меры по охране репродуктивного здоровья женщин.....	12-26
2.2. Медико-социальные аспекты по охране здоровья женщин. Демографические показатели здоровья женщин.....	26-35
<b>ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....</b>	36
3.1. Деятельность международных и общественных организаций по охране здоровья женщин.....	36-46
3.2. Государственная политика в области охраны здоровья женщин.....	46-76
3.3. Стратегические программы и проекты, направленные на охрану здоровья женщин.....	76-100
<b>ГЛАВА 4. СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ.....</b>	101
4.1. Структура родовспомогательных учреждений.....	101-108
4.2. Оказание медицинской помощи женщинам в учреждениях первичного звена здравоохранения (ПМСП).....	108- 112

4.3. Организация стационарной медицинской помощи женщинам. Акушерский комплекс.....	112-120
4.4. Оказание медицинской помощи в специализированных учреждениях по охране здоровья женщин.....	120-150
4.5. Профилактика и раннее выявление врожденных патологий и наследственных заболеваний. Деятельность Республиканского скрининг центра.....	150-154
4.6. Оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений по охране здоровья женщин.....	154-165
4.7. Мероприятия по снижению материнской и младенческой смертности.....	165-193
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	194-201
<b>КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....</b>	202-216
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	217-227

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ИСКАНДАРОВА Ш.Т., НАЗАРОВА С.К., КУРБАНОВ Б.Б.**

**Область знаний – Социальное обеспечение  
и здравоохранение – 500 000**

**Область образований - Здравоохранение- 510 000**

**Учебное пособие**

**ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ  
ЖЕНЩИН**

**Muharrir – Jamalov L.O.**

**Musahhih – Islomova H.S.**

**Texnik muharrir – Gulomov A.T.**

«Нар» қўқуқ» nashriyoti. Litsenziya № 3918

---

Nashriyot manzili: Toshkent uyi qo'shmasi, 52-uy.  
G/ochasi: 559866290

Bosishga ruxsat etildi: 04.05.2021-yil  
Bichimi 60x84 1/16. «TimesNewRoman»  
garniturada raqamli bosma usulda chop etildi.  
Shartli bosma tabog'i 14.5. Adadi 150. Buyurtma № 54

**“Fan va talim poligraf” MChJ bosmaxonasida chop etildi.**  
Toshkent shahri, Do‘rmon yo‘li ko‘chasi, 24-uy

ISBN 978-9943-70-89-4-5



9 789943 708945