

2000-167

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

На правах рукописи

614.2:616-084(575.2).002

БУЙЛАШЕВ ТАЛАЙБЕК САБРАЛИЕВИЧ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И НОВЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИХ ОБСЛУЖИВАНИЯ**

14.00.09. – педиатрия

14.00.33. – социальная гигиена,

организация здравоохранения

**Автореферат диссертации на соискание
ученой степени доктора медицинских наук**

БИШКЕК - 2000г.

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии

Научный консультант:

Заслуженный деятель науки, член-корреспондент НАН Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор Д.К. Кудаяров.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор К.К. Кожоназаров

доктор медицинских наук, профессор С.С. Бакасов

доктор медицинских наук, профессор Д.С. Исаев

Ведущая организация:

Научный центр педиатрии и детской хирургии Агентства по делам здравоохранения Республики Казахстан (г.Алматы).

Защита диссертации состоится "07" декабря 2000 г. 12 часов 00 минут на заседании диссертационного совета Д.14.00.111. в КНИИ акушерства и педиатрии (720361, ГСП, г.Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии

Автореферат разослан "01" мая 2000 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник**

А.Б.Фуртикова

Актуальность проблемы. Важнейшими обобщающими показателями, позволяющими прогнозировать состояние здоровья детей, являются рождаемость, младенческая и детская смертность, уровень соматического здоровья.

Современные тенденции состояния здоровья детей характеризуются неблагоприятными сдвигами показателей, наличием существенных различий в уровне заболеваемости и смертности в различных климато-географических зонах (Студеникин М.Я., 1991; Лепарский Е.А., 1991; Сафонова, Т.Я. 1992; Шарманов Т.Ш., 1996; Баранов А.А., 1999). Это диктует необходимость разработки методики ранжирования регионов Кыргызской Республики по состоянию здоровья детей раннего возраста и создания мониторинговой программы оценки показателей здоровья детского населения.

Установлено, что в различных регионах действие одних и тех же факторов риска смерти ребенка раннего возраста проявляется по-разному, поэтому выявление факторов риска и их предупреждение является основными резервами снижения младенческой и детской смертности.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области охраны здоровья детей, уровень заболеваемости и смертности во многих регионах республики остается высоким (Касиев Н.К., 1998; Кудаяров Д.К., 1998). Исследования, проводимые в республике, были направлены на изучение региональных факторов, формирующих состояние здоровья детей (Шишкина В.Г., 1987; Иваненко Н.Г., 1989; Кожоназаров К.К., 1989; Субанбаев К.А., 1990; Беккер О.Р., 1991; Боконбаева С.Ж., 1994; Бакасов С.С., 1995; Сагынбаева Д.З., 2000).

Однако, до настоящего времени в республике не проводилось комплексных динамических наблюдений за тенденциями основных демографических процессов (рождаемости, младенческой и детской смертности), основанных на международных критериях и стандартах.

В создавшихся условиях необходима разработка региональной концепции реформирования первичной медико-

санитарной помощи, разработки и внедрения новых технологий медицинского обслуживания, которые должны быть нацелены на сохранение и укрепление здоровья детей, снижение социально-значимых заболеваний, стабилизацию санитарно-эпидемиологической обстановки, повышение эффективности, доступности и качества медицинской помощи.

К настоящему времени в республике не достаточно изучена роль семьи в укреплении здоровья детей, проживающих в сельской местности. Поэтому выявление факторов риска и их предупреждение, совершенствование лечебно-профилактических мероприятий путем создания новых организационных форм обслуживания семей являются основными резервами снижения материнской и младенческой смертности. Не изучен вопрос о принципах выявления, взятия на учет и организации медико-социальной помощи детям из семей группы риска. Вопросы организации службы социального патронажа недостаточно изучены в научном плане, не отработаны вопросы их деятельности.

Все вышеизложенное определило актуальность данной работы и послужило основой для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Представить комплексную оценку медицинских и социальных показателей здоровья детского населения Кыргызской Республики по международным критериям, для получения сведений о реальном состоянии здоровья детей и прогнозирования демографической ситуации; разработать организационные формы и стандарты содержания работы службы организации семьи и социального патронажа.

Задачи исследования.

1. Установить динамику рождаемости, детской и младенческой смертности в различных регионах Кыргызской Республики на основе международных критериев живорожденности.

2. Оценить состояние здоровья детей раннего возраста.

3. Дать комплексную медико-социальную оценку семей в различных регионах Кыргызской Республики.

4. Разработать организационные основы, структуру, функции службы организации семьи и социального патронажа.

5. Дать оценку эффективности внедрения службы организации семьи и социального патронажа.

6. Обосновать основные принципы профилактических мероприятий, способствующие сохранению здоровья детей и снижению показателей младенческой смертности.

Научная новизна.

* Впервые на основании использования международных критериев и стандартов получены новые данные о реальном состоянии здоровья детей раннего возраста в Кыргызской Республике, значительно отличающиеся от официальных.

* Дана комплексная оценка динамики уровня рождаемости в зависимости от возраста, этнической принадлежности, продолжительности брака и других медико-демографических показателей, указывающая на его снижение в среднем на 25% за каждые 5 лет.

* Впервые установлено, что при расчете по критериям ООН показатели младенческой смертности (ПМС) за последние 15 лет в Кыргызской Республике снизились на 25%, показатели детской смертности (ПДС) – на 37%, но они значительно превышают показатели официальной статистики (ПМС – в 2 раза, ПДС в 3 раза).

* Подтвержден факт преобладания уровней младенческой и детской смертности в сельской местности по сравнению с городской: ПМС – на 30%, ПДС – на 41%.

* Экспериментально доказана необходимость мониторинговой рейтинговой оценки медико-социальных показателей в республике для разработки прогностических критериев демографической ситуации и в частности для прогнозирования рождения детей с высоким риском смертности.

★ Выявлен низкий уровень здоровья детей раннего возраста, что подтверждается преобладанием в когорте обследуемых детей со II-А, II-Б, III группами здоровья, высоким уровнем заболеваемости, высокой частотой преморбидных состояний.

★ Установлено, что в Кыргызской Республике наиболее значимыми медико социальными детерминантами состояния здоровья детей и других членов семьи являются: неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни, низкий образовательный ценз, отсутствие информированности о здоровом образе жизни (ЗОЖ), недоступность и низкая эффективность медицинского обслуживания населения, особенно в сельской местности.

★ Рассмотрены теоретические предпосылки медико-социальных основ планирования семьи и репродуктивного поведения женщин в Кыргызской Республике, определения потенциальных объемов и качественного содержания службы планирования семьи в зависимости от социально-гигиенических характеристик.

★ Впервые научно обоснована необходимость организации в республике института службы организации семьи и социального патронажа для оказания медико-социальной помощи семьям группы риска, разработаны организационные основы, структура и функции службы социального патронажа.

Практическая значимость.

★ Разработана мониторинговая программа оценки показателей состояния здоровья детского населения на всех уровнях медицинского обслуживания.

★ Разработана методика медико-социального ранжирования регионов республики.

★ Даны критерии выделения семей «медико-социального риска».

★ Разработана схема составления бизнес-плана применительно к новой службе организации семьи и социального патронажа (СОССП) в учреждениях первичной медико-санитарной

помощи.

- * Создана модель организационной структуры СОССП, наиболее реальная на современном этапе реформирования системы здравоохранения.
- * Определены стандарты функций и содержания СОССП, направленные на обеспечение эффективной помощи семьям групп риска в воспитании здорового поколения.
- * Полученные результаты стали основой для разработки приказа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 332 от 19.12.94. «О состоянии и мерах по дальнейшему развитию в республике службы организации семьи и социального патронажа», программы «Служба организации семьи и социального патронажа в формировании ЗОЖ и здоровья».
- * Разработана и утверждена Национальным Комитетом по статистике Кыргызской Республики годовая отчетная форма № 31 – «Отчет о медико-социальной помощи семьям группы риска».
- * Разработана учебная программа «Служба организации семьи и социального патронажа в формировании ЗОЖ и здоровья».
- * Результаты работы использованы при разработке общенациональной программы «Проблемы семьи и регулирования движения населения Киргизии».

Внедрение. Изданы методические рекомендации «Служба организации семьи и социального патронажа в формировании здорового образа жизни и здоровья» (Бишкек, 1992г.), «Система медико-социальной помощи семьям группы риска» (Бишкек, 1994г.), методические пособия «Оценочно-прогностическая таблица риска младенческой смертности» (Бишкек, 1991г.), «Стандарты лечебно-профилактической помощи женщинам, проживающим в зоне обслуживания ФАП, СВА, СУБ» (Бишкек, 1994г.), методические указания «Программа охраны репродуктивной функции в Кыргызской Республике» (Бишкек, 1995г.).

Внедрение СОССП осуществлено во всех регионах Кыргызской Республики. Эффективность этой формы обслуживания населения подтверждена в пилотном Ак-Суйском районе Ыссык-Кульской области положительной динамикой в состоянии здоровья детей, снижением заболеваемости детей и показателя МС по сравнению с исходным уровнем.

Учебная программа по СОССП внедрена в учебный процесс медицинских училищ, республиканского центра непрерывной подготовки средних медицинских и фармацевтических работников, кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения КГМА.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 16 статей, 15 тезисов, 5 методических пособий, 1 методические рекомендации, 1 монография.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на межотраслевой научной конференции “Научные и организационные основы формирования здоровья женщин и детей” (Бишкек, 1991), республиканской научно-практической конференции по внедрению научных достижений в практику акушерской и педиатрической служб (Бишкек, 1991), научно-практической конференции “Во имя будущего планеты” (Бишкек, 1994), совместном съезде акушеров-гинекологов и педиатров Кыргызской Республики (Бишкек, 1997), семинаре для врачей Ак-Суйского района (1998), международном семинаре “Медико-демографическое исследование в Кыргызской Республике и национальная политика в области здравоохранения” (Чолпон-Ата, 1998), научно-практической конференции “Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы” (Бишкек, 1998), научно-практической конференции “Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях” (Бишкек, 1999).

Положения, выносимые на защиту:

1. Уровень рождаемости, младенческой и детской смертности в Кыргызской Республике за последние годы снизился. Индекс рождаемости в составляет в среднем 3.4 ребенка за

репродуктивный период жизни женщин, показатель младенческой смертности, рассчитанный по критериям ООН, составил в 1997 году 61‰, что в 2 раза выше данных Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (29‰).

2. Комплексная ретроспективная оценка физического, нервно-психического развития, а также показателей заболеваемости обследуемой когорты показала, что дети раннего возраста из сельских семей группы “риска” имели более низкие показатели состояния здоровья.

3. Наиболее значимыми медико-социальными детерминантами состояния здоровья членов семей являются неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни, низкий уровень образования.

4. Служба организации семьи и социального патронажа является эффективной формой оказания медико-социальной помощи женщинам и детям, позволяющей снизить показатель младенческой и материнской смертности, улучшить показатели состояния здоровья женщин репродуктивного возраста и детей, дает возможность раннего начала профилактических мероприятий, повышает их эффективность, позволяет предупредить возможную реализацию риска у большинства детей.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 219 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 6 глав, выводов, рекомендаций для практического здравоохранения, указателя литературы. Работа иллюстрирована 66 таблицами и 14 рисунками. Библиографический указатель содержит 312 источников, из них 105 зарубежных.

Материалы и методы исследования. План и программа исследования включали метод проспективного многоступенчатого сбора клинической и социально-гигиенической информации, что позволило углубить программу изучения на каждой последующей ступени.

На первом этапе исследования был проведен динамический анализ основных демографических процессов: показателей рождаемости, младенческой и детской смертности в республике. Данный этап исследования - это первое в Кыргызской Республике исследование состояния здоровья детей раннего возраста и демографической ситуации, проведенное на общенациональном уровне. Оно было осуществлено Научно-исследовательским Институтом Акушерства и Педиатрии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и было профинансировано Агентством США по Международному Развитию (USAID). Техническая помощь программы была обеспечена компанией Макро Интернешнл Инк. (Калвертон, Мериленд, США).

Для проведения исследования на первом этапе была использована репрезентативная вероятная выборка из 3.848 женщин в возрасте от 15 до 49 лет.

Исследование проводилось с использованием международных критериев и стандартов. Республика была разделена на 4 региона. Город Бишкек и Нарынская область представляли самостоятельные регионы. Состав других регионов основан на их географической близости, а также схожести по параметрам, характеризующим демографическую ситуацию и репродуктивное здоровье.

Эти регионы были определены следующим образом:

Регион 1:	г.Бишкек
Регион 2 (Северный)	Ыссык-Кульская, Чуйская и Таласская области
Регион 3 (Восточный)	Нарынская область
Регион 4 (Южный)	Ошская и Джалал-Абадская области.

В сельских районах за основную образцовую единицу (ООЕ) были взяты районы, примерно с одинаковой, согласно данным Госкомстата, плотностью населения. Во время второй фазы первого этапа исследования из списка сел, составленного нами,

было выбрано по одному населенному пункту. В результате получилось 76 кластеров в сельской местности. Очень большие сельские населенные пункты (400 домовладений или более), отобранные для проведения предварительного исследования, были разделены на меньшие сегменты, и по одному сегменту было отобрано для листинга домовладений. Доработанный и полный листинг домовладений, входящих в состав отобранных кластеров, послужил основой для начала третьей стадии первого этапа исследования, то есть отбора домовладений. В каждом отобранном домовладении респондентами могли быть только женщины в возрасте от 15 до 49 лет.

В городах основную образцовую единицу представляли терапевтические участки, список которых был собран нами. Однако, такие списки участков существуют только в больших городах. Каждый из небольших городов был поделен на равные части, включающие примерно по 2000 человек населения, что представляло собой примерно то же, что и терапевтические участки в больших городах. Отобранные участки были сегментированы для листинга домовладений, предоставившего список домовладений для третьей стадии предварительного исследования. В конечном счете было выбрано 86 участков.

В среднем в каждом городском кластере было выбрано 20 домовладений, и 30 - в каждом сельском. На четвертой фазе первого этапа было проведено анкетирование всех респондентов.

Второй этап исследования включал комплексное изучение случаев смерти детей, умерших на первом году жизни (физическое, нервно-психическое развитие, уровень заболеваемости и смертности).

Объем выборочной совокупности составил 249 детей основной группы и 226 детей контрольной группы. Основную группу составили дети, умершие на первом году жизни. Контрольная группа сформирована методом "копии-пара" по нескольким признакам: год и место рождения, обслуживание одним и тем же медицинским учреждением на всем протяжении

первого года жизни, проживание в этом районе не менее 5 лет. Основным признаком различия исследуемой единицы наблюдения и контрольной копии-пары послужила смерть ребенка на первом году жизни. В контрольную группу включены дети, пережившие первый год жизни.

Базой для проведения данного этапа исследования был выбран Аксыйский район Жалал-Абадской области, как относительно типичный сельский регион юга Кыргызстана.

На третьей ступени, исходя из целей и задач настоящего исследования, нами, методом сплошного обследования отобраны 500 детей первого года жизни, находившиеся под наблюдением работников организации семьи и социального патронажа, проживающие в Ак-Суйском районе Ыссык-Кульской области. Основная группа сформирована из детей Ак-Суйского района по признаку наблюдения работниками социального патронажа. Одна контрольная группа из 499 детей сформирована в этом же районе методом "копи-пара" по нескольким признакам: год и место рождения, обслуживание одним и тем же медицинским учреждением на всем протяжении первого года жизни. Основным признаком различия исследуемой когорты и контрольной группы послужило нахождение под наблюдением работников службы организации семьи и социального патронажа.

Для исключения случайного влияния деятельности работников социального патронажа на изучаемое явление, нами выбрана вторая контрольная группа, состоящая из 506 детей первого года жизни и их семей, проживающих в Ыссык-Кульском районе, где не внедрена служба организации семьи и социального патронажа.

На данной ступени проведено комплексное изучение состояния здоровья детей первого года жизни (физическое, нервно-психическое развитие, уровень заболеваемости) и определены показатели медико-социального обслуживания детей путем экспертной оценки эффективности оказания помощи службой организации семьи и социального патронажа.

Для проведения исследования были составлены несколько видов карт и анкет: анкета домовладения и индивидуальная анкета. Анкеты были разработаны и адаптированы к условиям Кыргызской Республики на основе модификации стандартных анкет, принятых в международной программе медико-демографических исследований (Макро Интернешнл Инк. (Калвертон, Мерилэнд, США).

Анкета домовладения предназначена для изучения социально-демографической характеристики членов и посетителей каждого идентифицированного домовладения.

Индивидуальная анкета предназначена для проведения опроса женщин в возрасте от 15 до 49 лет.

Карта медико-социальной оценки состояния здоровья детей первого года жизни состояла из 4 разделов - "сведения о матери", "сведения о новорожденном", "сведения о состоянии здоровья ребенка первого года жизни", "экспертная оценка качества оказания медицинской помощи ребенку". Использовалась также "Анкета социально-гигиенической характеристики семьи".

Оценка физического развития проводилась с учетом показателей основных соматометрических параметров с использованием таблиц непараметрического типа - перцентильные отклонения (P) (И.М.Воронцов, А.В. Мазурин, 1980).

Оценка нервно-психического развития проводилась согласно методических рекомендаций: "Контроль за нервно-психическим развитием детей раннего возраста" (1985), с выделением 4 групп развития.

Анализ заболеваемости детей первого года жизни проведен по материалу, полученному методом полицевого учета, путем выкопировки из историй развития ребенка, историй болезни стационарного больного и включал характеристику заболеваемости по обращаемости и по результатам специально организованных осмотров, в соответствии с Международной

классификацией болезней X пересмотра.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась с использованием схемы, предусматривающей выделение 5 групп здоровья в модификации ЦОЛИУВ.

Содержание гемоглобина измерялось в капиллярной крови при помощи прибора Нетосие.

При статистической обработке на компьютере вычислялись средние величины, экстенсивные и интенсивные показатели, оценка достоверности различий по критерию Стьюдента и Хи-квадрат, проводился многофакторный анализ. Для расчета ошибок выборки в нашем исследовании была использована компьютерная программа "Модуль ошибки выборки ISSA (Integrated System for Survey Analysis)". В этом модуле был использован линейный метод Тейлора для оценки вариабельности значений, основанных на пропорциях. Повторный репликационный метод "Jackknife" использовался для оценки более сложной статистики, такой как показатели рождаемости и смертности.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Проведенный динамический анализ основных демографических процессов: показателей рождаемости, младенческой и детской смертности в республике позволил установить колебания их уровней и стойкое снижение показателей за последние два-три десятилетия.

При нынешнем уровне рождаемости, женщина в Кыргызской Республике могла родить в среднем 3.4 ребенка за репродуктивный период ее жизни. Уровень рождаемости различается в отдельных группах населения. Рождаемость среди городских женщин (2.3 ребенка на женщину) значительно ниже рождаемости среди женщин, проживающих в сельской местности (3.9 ребенка на женщину). Коэффициент рождаемости среди женщин кыргызской национальности (3,6 ребенка на женщину) выше, чем среди женщин русской национальности (1,5) и ниже чем среди женщин узбекской национальности

(4,2)(рисунок 1).

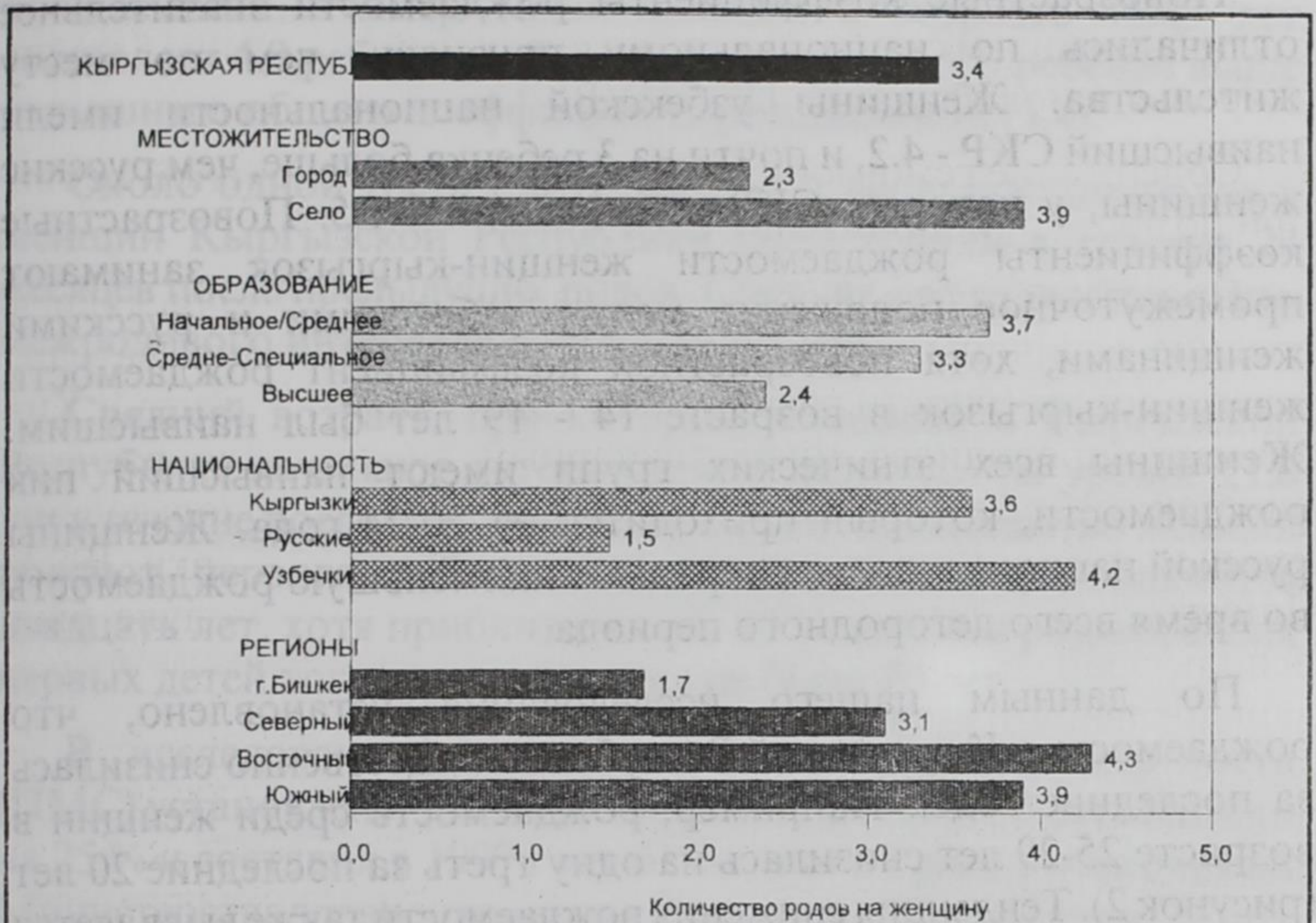


Рисунок 1

Суммарные коэффициенты рождаемости в зависимости от социально-биологических факторов

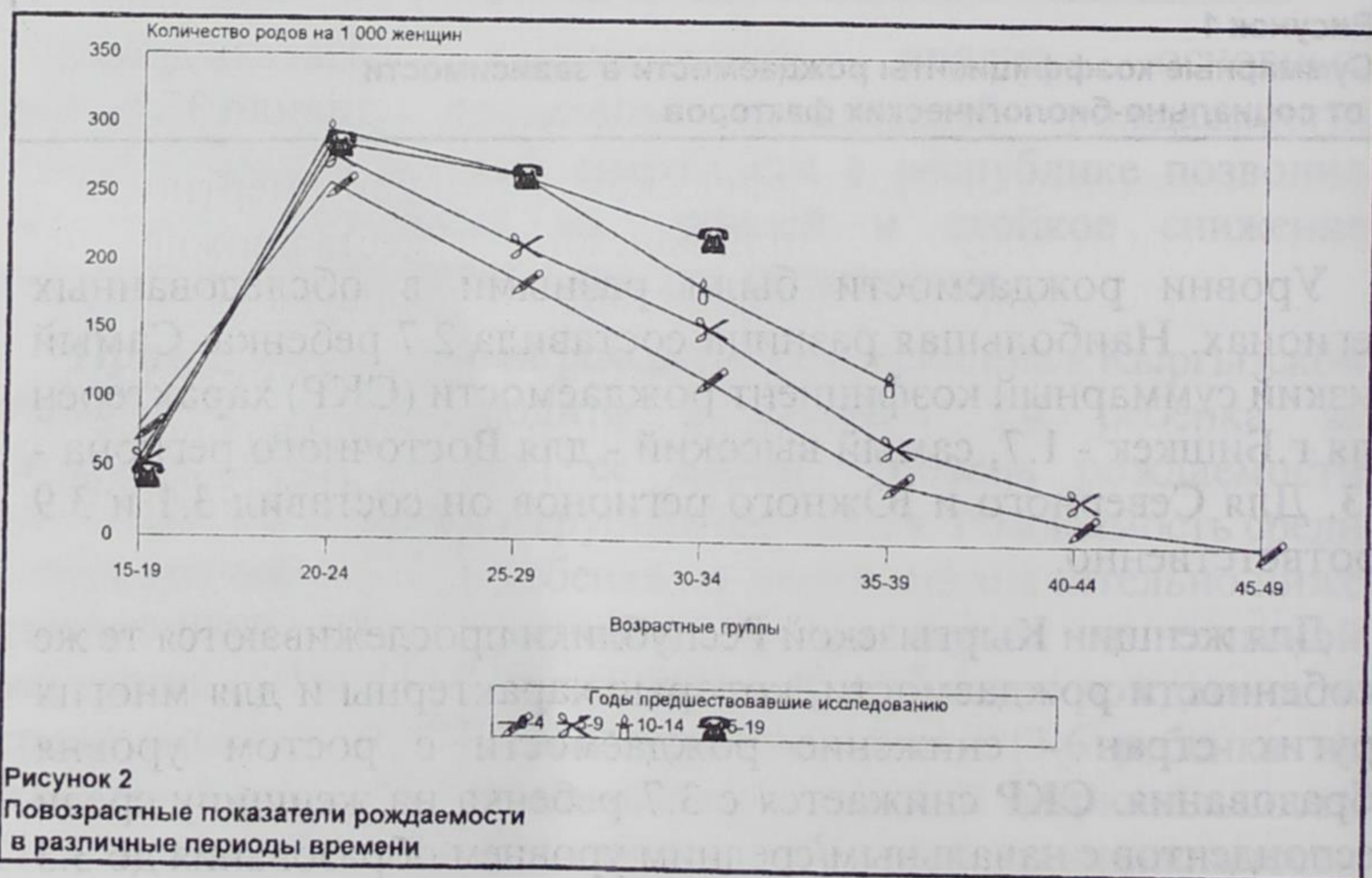
Уровни рождаемости были разными в обследованных регионах. Наибольшая разница составила 2,7 ребенка. Самый низкий суммарный коэффициент рождаемости (СКР) характерен для г.Бишкек - 1,7, самый высокий - для Восточного региона - 4,3. Для Северного и Южного регионов он составил 3,1 и 3,9 соответственно.

Для женщин Кыргызской Республики прослеживаются те же особенности рождаемости, которые характерны и для многих других стран - снижение рождаемости с ростом уровня образования. СКР снижается с 3,7 ребенка на женщину среди респондентов с начальным/средним уровнем образования до 3,3

- со средне-специальным образованием и до 2.4 - среди женщин с высшим образованием.

Повозрастные коэффициенты рождаемости значительно отличались по национальному признаку, чем по месту жительства. Женщины узбекской национальности имели наивысший СКР - 4.2, и почти на 3 ребенка больше, чем русские женщины, у которых СКР наименьший - 1.5. Повозрастные коэффициенты рождаемости женщин-кыргызок занимают промежуточное положение между узбекскими и русскими женщинами, хотя повозрастной коэффициент рождаемости женщин-кыргызок в возрасте 14 - 19 лет был наивысшим. Женщины всех этнических групп имеют наивысший пик рождаемости, который приходится на 20-24 года. Женщины русской национальности сохраняют наименьшую рождаемость во время всего детородного периода.

По данным нашего исследования установлено, что рождаемость в Кыргызской Республике существенно снизилась за последние годы. Например, рождаемость среди женщин в возрасте 25-29 лет снизилась на одну треть за последние 20 лет (рисунок 2). Тенденция снижения рождаемости также выявляется



при сравнении размера семей у женщин в конце репродуктивного возраста с нынешним общим коэффициентом рождаемости. Размер семьи женщин в возрасте 45-49 лет составляет 4.9 ребенка, что на более, чем одного ребенка выше нынешнего общего коэффициента рождаемости (3.4).

Около одной трети (30 %) вторых и последующих родов у женщин Кыргызской Республики происходили в течение 24 месяцев после предыдущих родов. Средняя продолжительность межродового интервала составила 2,7 лет.

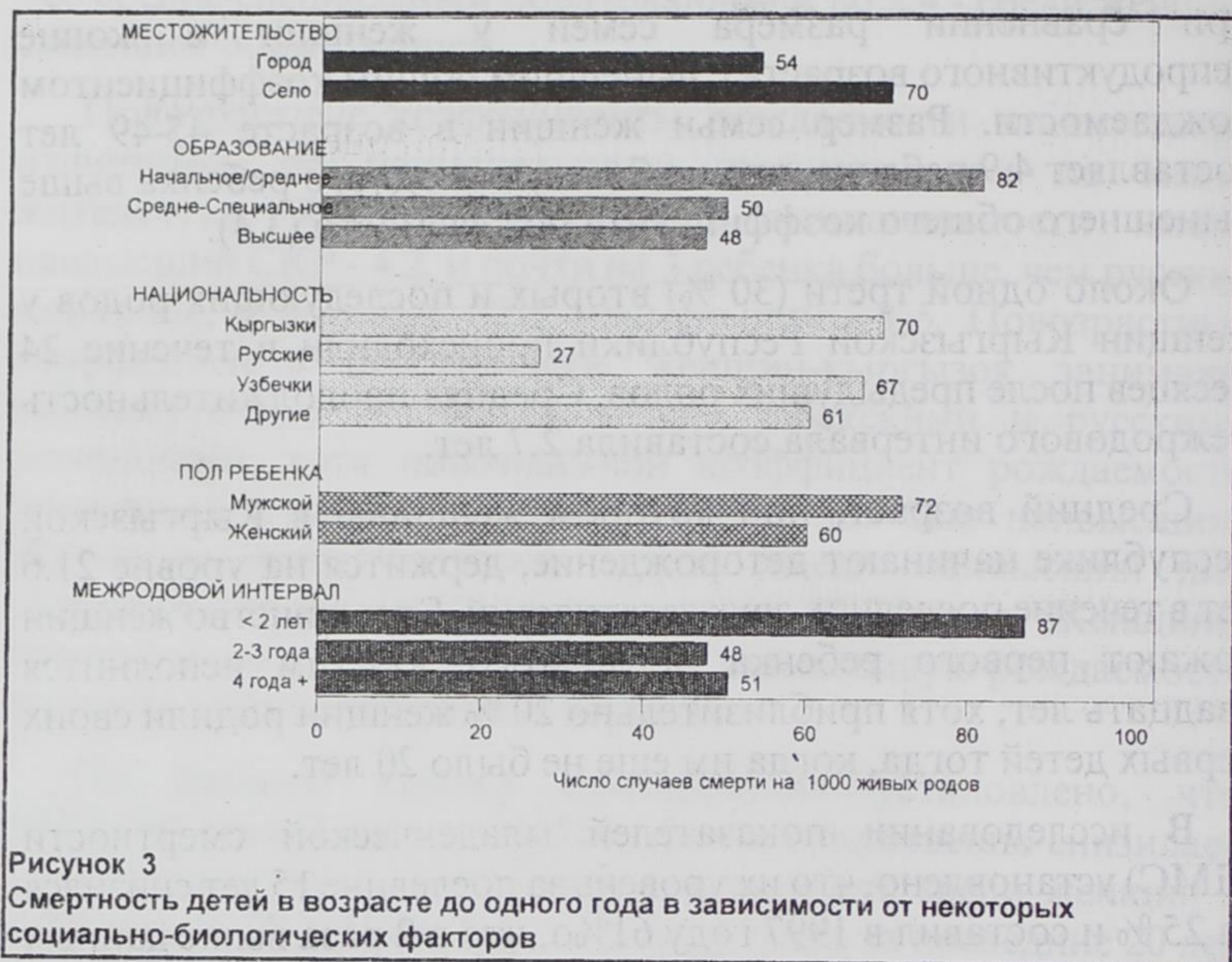
Средний возраст, при котором женщины в Кыргызской Республике начинают деторождение, держится на уровне 21.6 лет в течение последних двух десятилетий. Большинство женщин рожают первого ребенка после того, как им исполнится двадцать лет, хотя приблизительно 20 % женщин родили своих первых детей тогда, когда им еще не было 20 лет.

В исследовании показателей младенческой смертности (ПМС) установлено, что их уровень за последние 15 лет снизился на 25 % и составил в 1997 году 61‰, что в 2 раза выше данных Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (29‰). Показатели неонатальной и постнатальной смертности составляли 32 и 30 на 1000 соответственно. Показатель детской смертности снизился с 19 до 12 на 1000, что составило 37 %.

Различия в уровне младенческой и детской смертности в зависимости от этнической принадлежности, места проживания, уровня образования матери представлена на рисунке 3.

Показатель младенческой смертности в сельской местности на 30% (70 против 54 на 1000) превышает таковой в городской местности, а показатель детской смертности - на 41 % (82 против 58 на 1000).

Обычно риск младенческой смертности высок среди детей, родившихся от матерей "юного" (моложе 18 лет) и "старшего" (старше 34 лет) возраста, родившихся с коротким



межродовым интервалом (менее двух лет) и высоким паритетом (настоящие роды четвертые или более).

В таблице 1 показано распределение детей, родившихся с учетом всех вышеперечисленных факторов риска. Таблица позволяет сравнивать удельный вес умерших детей, входящих в категорию риска смертности, с удельным весом умерших детей, не входящих в категорию риска. Категория - "первые роды у женщин в возрастном интервале 18-34 лет" выделяется отдельно, поскольку она рассматривается в качестве неизбежной категории, которая не может быть анализирована наравне с другими факторами риска.

В первой колонке таблицы 1 представлен удельный вес детей, родившихся с факторами повышенного риска. У 27% родившихся имела место, по меньшей мере, одна категория риска. У 7% категории риска носили множественный характер.

Таблица 1.

Процентное распределение родов с высоким риском смертности в зависимости от категорий повышенного риска.

Категория риска	Роды, в течение 5 лет, предшествовавших исследованию		Процент замужних женщин ^а
	Процент родов	Соотношение риска	
Нет категории повышенного риска	35,4	1,0	29,0 ^в
Неизбежная категория			
Первые роды среди женщин в возрасте 18-34 года	29,8	1,4	6,0
Одна категория повышенного риска			
Возраст матери < 18	1,3	1,2	0,1
Возраст матери > 34	1,9	0,0	16,4
Межродовой интервал < 24 месяцев	17,4	1,5	13,8
Порядок родов > 4	7,0	1,3	5,6
Всего для этой группы	27,5	1,3	35,8
Группа категорий повышенного риска			
Возраст > 34. Межродовой интервал < 24 месяцев	0,2	0,0	0,2
Возраст > 34. Паритет родов > 4	4,4	0,9	24,9
Возраст > 34. Межродовой интервал < 24 месяцев. Паритет родов > 4	0,2	0,0	1,7
Межродовой интервал < 24. Паритет родов > 4	2,7	2,3	2,3
Всего для этой группы	7,4	1,4	29,1
Любая категория повышенного риска	34,9	1,3	65,0
Всего	100,0	-	100,0
Количество родов	2,026	-	2,675

Примечание: Соотношение риска - это соотношение умерших, имевших определенную категорию повышенного риска, к числу умерших, не имевших категорий риска.

^а Женщины отнесены к группе риска по их возможному статусу в связи с родами, если плод был зачат во время проведения исследования: возраст меньше 17 лет и 3 месяцев, возраст старше 34 лет и 2 месяцев, последние роды имели место не раньше, чем 15 месяцев назад и порядковый номер последних родов составил 4 и выше.

^в Включает женщин, прошедших стерилизацию.

Во второй колонке таблицы 1 показано соотношение количества детей, родившихся с факторами риска, к количеству детей, родившихся без факторов риска. В целом, количество детей, родившихся с одной категорией риска (1.3) превышало количество детей без категории риска (1.0). Количество детей, родившихся с множественными факторами риска (1.4), также превышало количество детей без категории риска.

Из информации, представленной в третьей колонке таблицы 1, можно прогнозировать процент замужних женщин, может потенциально родить детей с высоким риском смертности. Данные были получены путем экстраполяции категории риска на ситуацию, при которой бы все замужние женщины оказались беременными. Предположим, женщине в момент проведения исследования было 37 лет, в анамнезе у нее - 4 родов, последние роды имели место три года назад. Ребенок, родившийся у такой женщины, имел бы множественные категории риска: старшая возрастная группа женщины, высокий паритет родов.

В целом, у 65 % замужних женщин могут родиться дети с потенциально высоким фактором риска младенческой смертности. У 29 % женщин могут родиться дети с множественными факторами риска.

Комплексное изучение состояния здоровья детей первого года жизни, родившихся в семьях группы риска (умерших на первом году жизни детей из Аксыйского района Жалал-Абадской области, а также детей с факторами риска при рождении Ак-Суйского района Ыссык-Кульской области), составившие основную группу, показало, что ежемесячные темпы прироста основных параметров отставали от таковых у детей контрольной группы. Дети основной группы достоверно чаще имели низкие показатели физического развития, чем контрольной.

Выявлен низкий уровень здоровья детей раннего возраста: среди обследованных детей первого года жизни I группу здоровья составили 1 %, II-A группу, в зависимости от региона проживания, от 21 до 24 %, II-B - от 36 до 58 % соответственно,

III - от 14,8 до 42,2% соответственно, IV - 0,6 %. (таблица 2).

Таблица 2

Частота детей сравниваемых групп
с различными группами здоровья (на 100 детей)

Районы	Аксы́йский район		Ак-Суйский район		Ыссык-Кульский район
	основная группа	контроль-ная группа	основная группа	I контрольная группа	
Группы здоровья					II контрольная группа
I	1,5	4,4	-	13,6±1,5	10,4±1,3
II _A	24,9	26,7	21,0±1,8	31,0±2,1	28,4±2,0
II _B	58,9	56,6	36,2±2,1	19,6±1,7	22,2±1,8
III	14,8	12,4	42,2±2,2	35,8±2,1	38,4±2,1
IV	-	-	0,6±0,3	-	0,6±0,3

В основной группе доминировали отчетливые и значительные признаки гипотрофии (II, III степень), по сравнению с детьми контрольной группы. Причиной хронических расстройств питания у большинства детей был ранний перевод на искусственное вскармливание.

Выявлен высокий уровень заболеваемости детей в изучаемых группах. У детей основной группы высокий уровень болезней органов дыхания обусловлен не только острыми респираторными инфекциями, как в контрольной группе, но и большим удельным весом бронхопневмоний.

В основной группе отмечена высокая заболеваемость инфекционными болезнями. Для этой группы детей характерны тяжелые формы заболеваний, которые еще больше усугубляются наличием преморбидного состояния (67%).

Грудное вскармливание в Кыргызской Республике является почти универсальным; 98 % детей вскармливались грудью. В целом, 41 % детей были впервые приложены к груди в течение

часа после родов и 65 % (включая детей, которые были впервые приложены к груди в течение часа после родов) - в течение 24 часов после родов. Средняя продолжительность грудного вскармливания составляет 16 месяцев. Однако, продолжительность исключительного грудного вскармливания, рекомендованного Всемирной Организацией Здравоохранения, является короткой - 2.1 месяца.

Антропометрическое исследование детей в возрасте до трех лет было проведено путем измерения их роста и массы тела. Результаты позволили установить, что у 25 % детей наблюдается задержка роста по отношению к возрасту. У 3% выявлена низкая масса тела по отношению к росту и у 11% - несоответствие массы тела возрасту.

В Кыргызской Республике 50 % детей в возрасте до трех лет страдают той или иной степенью анемии. У 24% детей диагностирована анемия выраженной степени, у 1 % - тяжелая анемия. 32% детей, проживающих в Северном регионе, и 24 % детей, проживающих в Южном и Восточном регионах, имеют анемию выраженной или тяжелой степени. В г.Бишкек распространенность выраженной анемии относительно низка (13%).

Определенная взаимосвязь была обнаружена между распространенностью анемии среди женщин и их детей. Среди детей, у чьих матерей была диагностирована анемия выраженной степени, у 0,5 % выявлена тяжелая анемия, а у 37 % - анемия выраженной степени. Частота анемии выраженной степени среди этих детей более, чем в два раза выше, чем среди детей, чьи матери были здоровы.

У 37% женщин детородного возраста в Кыргызской Республике обнаружена та или иная степень анемии. В частности, 28% женщин имели выраженную анемию и 9% - тяжелую степень анемии.

Полученные результаты позволили установить наиболее значимые социально-гигиенические детерминанты состояния здоровья детей, расширить теоретические представления о

медико-социальных аспектах планирования семьи и репродуктивного поведения женщин в Кыргызской Республике в зависимости от социально-демографических характеристик.

Наблюдается отчетливая связь доступности средств массовой информации с уровнем образования респондентов. Установлены неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни, преимущественно в сельской местности: в одной четверти случаев в качестве источника питьевой воды используется вода из открытых водоемов.

Наибольший удельный вес с более низким уровнем образования отмечается в сельской местности, среди женщин кыргызской и узбекской национальностей.

Половина замужних женщин в Кыргызской Республике (45%) не желают иметь больше детей, и 40% женщин хотят либо отложить рождение следующего ребенка, по крайней мере, на два года (26%), либо прекратить деторождение. Эти женщины потенциально нуждаются в методах планирования семьи.

В целом, 60% замужних женщин 15-49 лет используют методы контрацепции. Половина женщин (49%) используют современные методы контрацепции и 11% - традиционные методы. ВМС является наиболее популярным методом контрацепции, 38% замужних женщин используют ВМС. Другие современные методы используются лишь незначительной частью женщин: оральные контрацептивы (ОК) (2%), презервативы (6%), инъекционные препараты и стерилизация (1,3 и 1,8%, соответственно). Хотя ОК, презервативы и инъекционные препараты широко известны среди женщин, практика планирования семьи в Кыргызской Республике полагается в основном на метод ВМС (рисунок 4).



Женщины, которые желают отложить рождение следующего ребенка или прекратить деторождение и не использующие методы контрацепции, относятся к категории женщин, чьи потребности в планировании семьи не реализованы. У 12% замужних женщин в Кыргызской Республике потребность в планировании семьи оказалась нереализованной, из них у 5% с целью откладывания рождения ребенка на более поздний срок, у 7% - прекращения деторождения. Вместе с 60% замужних женщин, использующих методы контрацепции, общая потребность в методах планирования семьи определена для большинства (71%) замужних женщин в Кыргызской Республике.

С другой стороны, отношение замужних женщин к рождению в зависимости от количества уже имеющихся детей показало, что соотношение респондентов, не желающих более детей, возрастает по мере возрастания количества детей, которых они

уже имеют. Для женщин, имеющих одного ребёнка, не характерно отказываться от дальнейшего деторождения - лишь 11% женщин, имеющих одного ребёнка, более не хотят рожать. Среди женщин, имеющие четырех детей, почти три четвертых (73%) не хотят более иметь детей. Для таких женщин наиболее приемлимой длительной контрацепцией могла бы быть стерилизация. И хотя 59% замужних женщин знают об этом методе контрацепции, только 2 замужних женщин используют его (рисунок 5). Программа планирования семьи должна повышать доступ к проведению этого метода контрацепции, чтобы женщины при желании могли его осуществить.

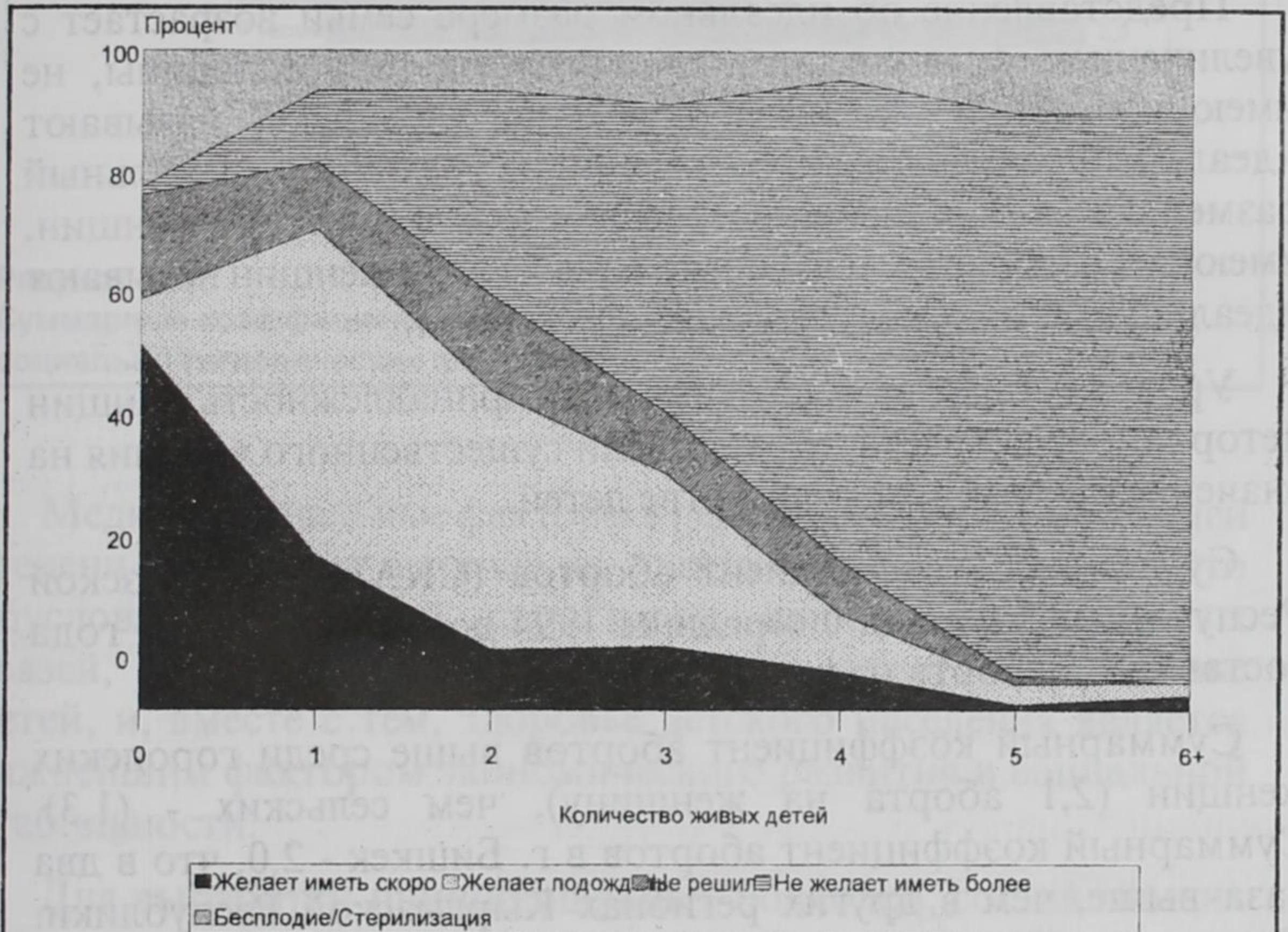


Рисунок 5
Отношение замужних женщин к рождению детей
в зависимости от количества имеющихся живых детей

Выявлен ряд существенных различий в отношении к

рождению в зависимости от регионов. Большинство женщин г. Бишкек (60%), имея двоих детей, не хотят иметь более детей. Женщины, проживающие в Восточном и Южном регионах, желают прекратить деторождение, имея троих или менее детей. В то время как у женщин, имеющих четырех детей, региональные различия выражены меньше. Хотя не выявлено четкой взаимосвязи между уровнем образования и желанием не иметь более детей, в каждой паритетной группе, тем не менее, с увеличением уровня образования растёт число женщин, не желающих больше рожать. Женщины русской национальности чаще, чем женщины других национальностей, не желают иметь более детей, не зависимо от паритета родов.

Представление об идеальном размере семьи возрастает с увеличением фактического количества детей. Женщины, не имеющие детей, или имеющие одного ребенка, называют идеальный размер семьи, состоящий из трех детей. Идеальный размер семьи постепенно возрастает до 6 детей среди женщин, имеющих 6 и более детей. Только одна из пяти женщин называют идеальную семью, состоящую из двух детей.

Уровень образования и этническая принадлежность женщин детородного возраста не оказывали существенного влияния на значения в желаемом количестве детей.

Суммарный коэффициент аборт (СКА) в Кыргызской Республике за период с середины 1994 до середины 1997 года составил 1,6 аборта на женщину.

Суммарный коэффициент аборт выше среди городских женщин (2,1 аборта на женщину), чем сельских - (1,3). Суммарный коэффициент аборт в г. Бишкек - 2,0, что в два раза выше, чем в других регионах Кыргызской Республики. Уровень аборт ниже среди женщин кыргызской национальности (1,3), чем среди женщин узбекской и русской национальностей (1,9 и 2,2, соответственно)(рисунок 6).

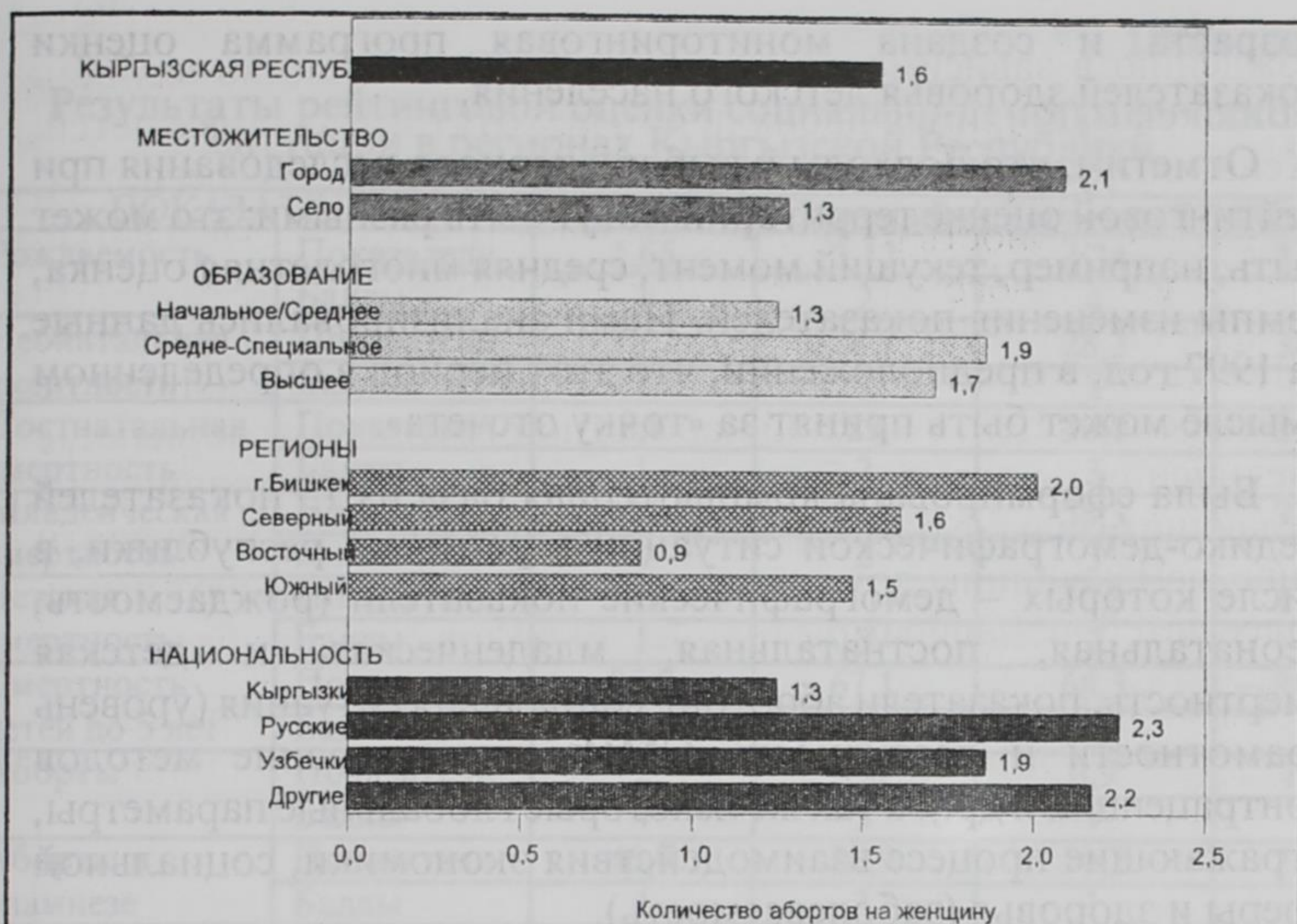


Рисунок 6
Суммарные коэффициенты абортов в зависимости от социально-гигиенических факторов

Медико-социальные факторы в период реформ все в большей степени оказывают влияние на состояние здоровья детей. Это обусловлено сложной структурой причинно-следственных связей, когда экономическая ситуация определяет здоровье детей, и, вместе с тем, здоровье детского населения является важнейшим фактором экономического развития и социальной стабильности.

Для выработки принципиальных подходов, составляющих региональную политику реформирования здравоохранения, требуется разработка определенного медико-социального районирования республики, определения рейтинга регионов. Для этих целей нами разработана методика ранжирования регионов республики по состоянию здоровья детей раннего

возраста и создана мониторинговая программа оценки показателей здоровья детского населения.

Отметим, что подходы к выбору периода исследования при рейтинговой оценке территорий могут быть разными: это может быть, например, текущий момент, средняя многолетняя оценка, темпы изменения показателей. Нами анализировались данные за 1997 год, в предположении, что этот период в определенном смысле может быть принят за «точку отсчета».

Была сформирована компьютерная база из 15 показателей медико-демографической ситуации в регионах республики, в числе которых – демографические показатели (рождаемость, неонатальная, постнатальная, младенческая и детская смертность, показатели аборт), социальная ситуация (уровень грамотности и доступность СМИ, использование методов контрацепции и др.), а так же некоторые глобальные параметры, отражающие процесс взаимодействия экономики, социальной сферы и здоровья (заболеваемость).

Далее по специально разработанной методике рассчитан рейтинг медико-демографической ситуации. Рейтинг основывается на сопоставлении данных по регионам Кыргызской Республики между собой. Предполагается, что рейтинг региона тем выше, чем ближе его показатели к лучшим по республике значениям. “Идеальным” регионом был бы тот, где все из взятых в рассмотрение показателей представляли лучшие по республике значения. Для такого региона по нашей методике рейтинг равнялся бы 1.

Чем ближе регион к лучшей по республике ситуации, тем ближе рейтинг к 1. Нами разработана программа, позволяющая рассчитывать соответствующий рейтинг (таблица 3).

Кыргызская Республика в соответствии со значением рейтинга разбита на четыре группы: группа 1- с наиболее благоприятной обстановкой, группа 4 - с наиболее сложной обстановкой. Полученное разбиение принято за исходное для итеративного кластерного анализа по методу – к средних. К итоговому кластерному разбиению применен метод оценки

Таблица 3

Результаты рейтинговой оценки социально-демографической ситуации в регионах Кыргызской Республики

ПОКАЗАТЕЛИ		г. Бишкек	Северный	Восточный	Южный
Рождаемость	Показатели	1,65	3,12	4,34	3,89
	Баллы	1	2	4	3
Неонатальная смертность	Показатели	15,2	28,7	28,3	38,5
	Баллы	1	3	2	4
Постнатальная смертность	Показатели	8,8	28	30,1	39,4
	Баллы	1	2	3	4
Младенческая смертность	Показатели	24	56,8	58,3	77,9
	Баллы	1	2	3	4
Детская смертность	Показатели	1,8	11	10,8	11,2
	Баллы	1	3	2	4
Смертность детей до 5 лет	Показатели	25,7	67,1	68,5	88,2
	Баллы	1	2	3	4
Аборты	Показатели	2	1,6	0,9	1,5
	Баллы	4	3	1	2
Аборты в анамнезе	Показатели	46,9	36,9	19,2	22,9
	Баллы	4	3	1	2
Уровень образования женщины	Показатели	31,8	10,1	7,1	7,3
	Баллы	1	2	4	3
Короткий межродовой интервал	Показатели	28	31	28	29
	Баллы	1	3	1	2
Использование контрацепции	Показатели	68,9	59,2	54	58
	Баллы	1	2	4	3
Анемия тяжелая	Показатели	0,8	2,1	3,6	0,9
	Баллы	1	3	4	2
Анемия выраженная	Показатели	12,7	30	20	22,9
	Баллы	1	4	2	3
Анемия умеренная	Показатели	17,8	19,9	24,9	27,3
	Баллы	1	2	3	4
Низкорослость	Показатели	20	36	36	45
	Баллы	1	2	2	3
Итого	Баллы	21	38	39	47
Средняя	Баллы	1,4	2,5	2,6	3,1

качества кластеризации.

В итоге получено устойчивое разбиение территории Кыргызской Республики, основанное на предварительной экспертной оценке и уточненное затем с помощью итеративной кластеризации.

Группу благоприятных по медико-демографической ситуации регионов в соответствии с выполненной рейтинговой оценкой составил город Бишкек. Наиболее неблагоприятная ситуация наблюдается в Южном регионе (Ошская и Жалал-Абадская области). Группу «хуже среднего» составил Восточный регион (Нарынская область). Несколько лучше ситуация в Северном регионе (Чуйская, Биссык-Кульская и Таласская области)(рисунок 7).

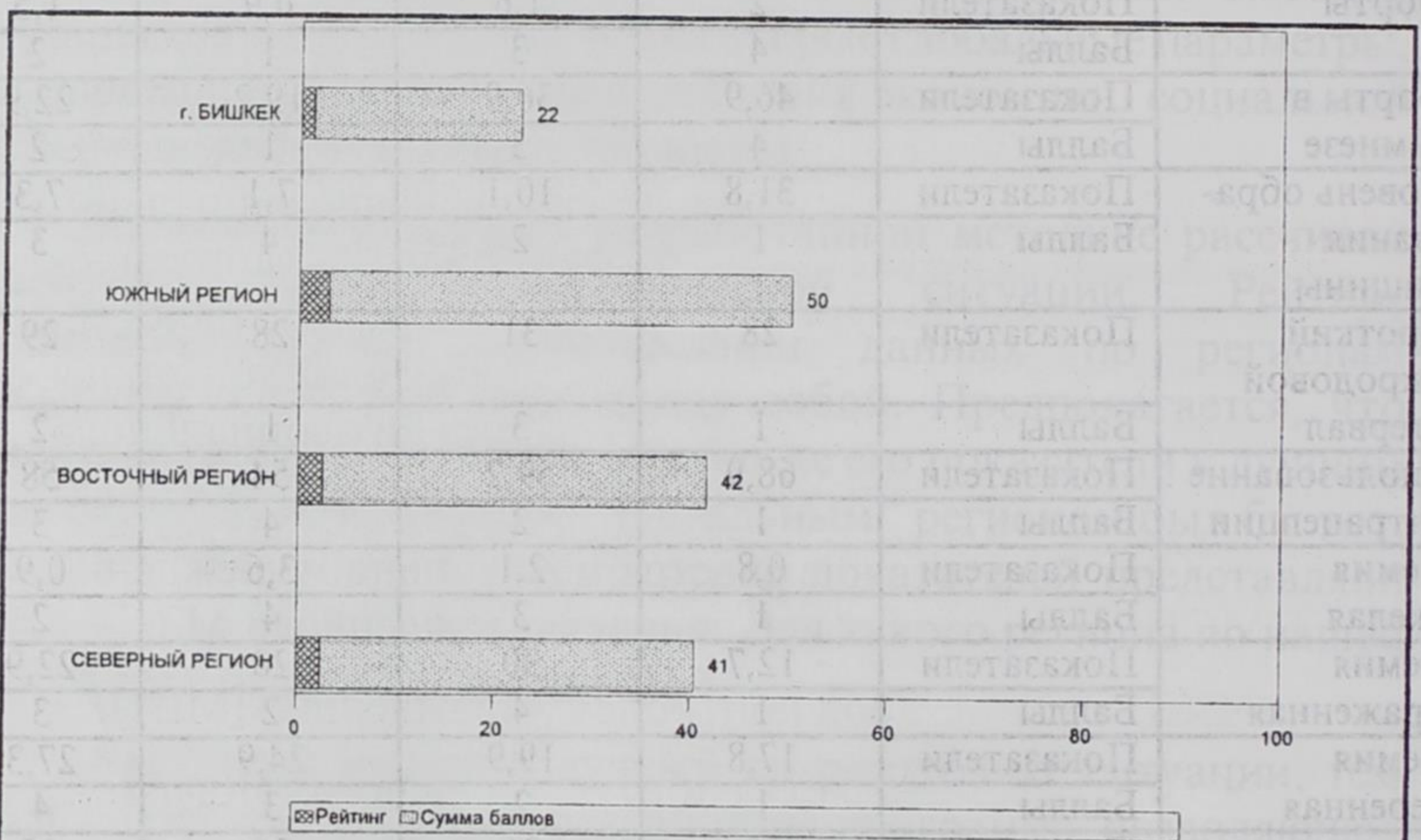


Рисунок 7

Социально-демографический рейтинг регионов Кыргызской Республики

За последние два-три года ситуация с рейтинговым распределением областей могла измениться. Однако

предложенная нами методика позволяет увидеть в происходящих переменах реализацию многолетних тенденций.

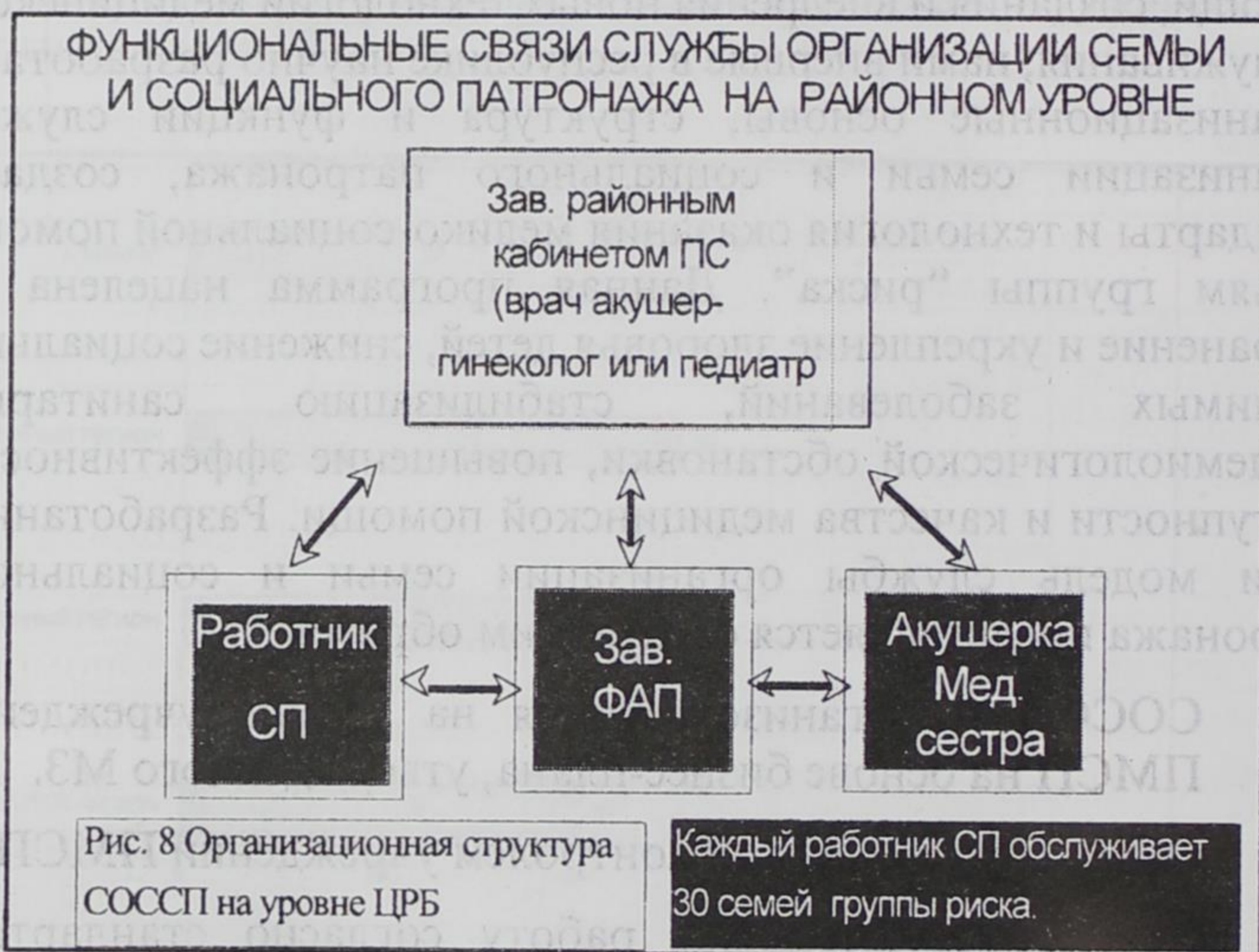
Предлагаемая методика рейтинговой оценки социально-демографической ситуации в регионах республики может быть применена для оперативной оценки и мониторинга ситуации в республике. Осуществленное кластерное разбиение Кыргызской Республики по характеру социально-демографического развития на 1997 год позволяет проследить происходящие в настоящий момент положительные или неблагоприятные изменения.

В создавшихся условиях для выработки региональной концепции реформирования первичной медико-санитарной помощи, создания и внедрения новых технологий медицинского обслуживания, нами впервые в республике научно разработаны организационные основы, структура и функции службы организации семьи и социального патронажа, созданы стандарты и технология оказания медико-социальной помощи семьям группы "риска". Данная программа нацелена на сохранение и укрепление здоровья детей, снижение социально-значимых заболеваний, стабилизацию санитарно-эпидемиологической обстановки, повышение эффективности, доступности и качества медицинской помощи. Разработанная нами модель службы организации семьи и социального патронажа представляется следующим образом:

- ◆ СОССП – организовывается на уровне учреждений ПМСП на основе бизнес-плана, утвержденного МЗ.
- ◆ СОССП работает под контролем учреждений ПМСП.
- ◆ СОССП осуществляет работу согласно стандартам, утвержденным МЗ.
- ◆ Финансирование СОССП осуществляется из средств госбюджета, спонсорских и грантовых вложений.
- ◆ Число работников СОССП определяется медицинским учреждением, в соответствии с количеством семей группы социального риска и показателями здоровья в зоне обслуживания.

В своей работе работники службы организации семьи и социального патронажа руководствуются разработанными нами методическими рекомендациями «Роль работника службы организации семьи и социального патронажа в формировании здорового образа жизни и здоровья», приказом МЗ Кыргызской Республики от 19.12.94г. N 332 «О состоянии и мерах по дальнейшему развитию в республике службы организации семьи и социального патронажа».

Первичным звеном данной службы является сеть работников, которые работают на базе фельдшерско-акушерских пунктов (рисунок 8).



Они подчиняются районному центру организации семьи и социального патронажа, которую возглавляет врач. Районные центры функционально объединены с областными кабинетами и НИИ акушерства и педиатрии (рисунок 9).

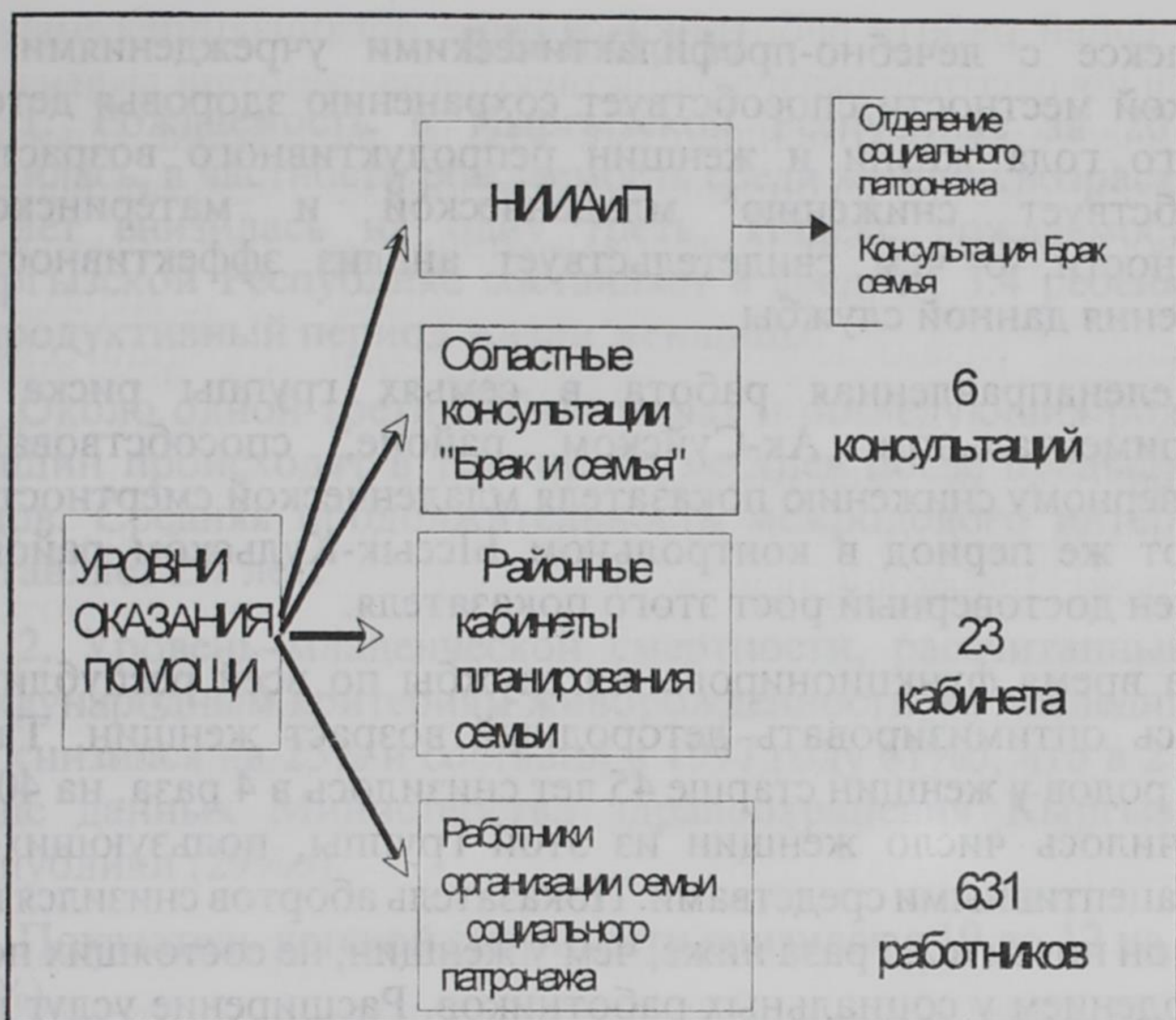


Рисунок 9. Структура службы организации семьи и социального патронажа.

Для контроля за качеством оказываемой помощи работниками службы организации семьи и социального патронажа, разработана и внедрена "Система медико-социальной помощи семьям". Мероприятия проводятся по разработанным стандартам, осуществляется целевое планирование посещений.

Результаты экспертной оценки качества оказания медико-социальной помощи семьям группы риска работниками службы показали, что в 68,8% случаев работа оценена как удовлетворительная, в 25,8% - суждение затруднено и в 5,3% - признана неудовлетворительной.

Служба организации семьи и социального патронажа в

комплексе с лечебно-профилактическими учреждениями в сельской местности способствует сохранению здоровья детей первого года жизни и женщин репродуктивного возраста, способствует снижению младенческой и материнской смертности, о чем свидетельствует анализ эффективности внедрения данной службы.

Целенаправленная работа в семьях группы риска в экспериментальном Ак-Суйском районе, способствовала достоверному снижению показателя младенческой смертности, за этот же период в контрольном Ыссык-Кульском районе отмечен достоверный рост этого показателя.

За время функционирования службы по всей республике удалось оптимизировать детородный возраст женщин. Так, число родов у женщин старше 45 лет снизилось в 4 раза, на 40% увеличилось число женщин из этой группы, пользующихся контрацептивными средствами. Показатель абортос снизился на 43% и он почти в 2,5 раза ниже, чем у женщин, не состоящих под наблюдением у социальных работников. Расширение услуг по планированию семьи позволило на 60% снизить число родов с интервалом до 1 года у женщин из семей группы "риска". В течение последних лет в наблюдаемых семьях зарегистрировано всего 3 случая материнской смертности, в 2 раза снизилось число умерших детей до одного года.

Таким образом, настоящее исследование позволило сформировать информационную базу факторов, определяющих здоровье детей и обеспечило более полную картину о важнейших аспектах состояния охраны материнства и детства. Полученная информация необходима для дальнейшего планирования и разработки долгосрочных программ, организационных мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей. Организация службы СОССП позволяет интегрировать медико-социальную помощь на уровне служб первичной медико-санитарной помощи и сконцентрировать ресурсы, дает возможность широкого внедрения малозатратной и высокоэффективной медицинской технологии.

ВЫВОДЫ

1. Рождаемость в Кыргызской Республике за 20 лет снизилась, в частности рождаемость среди женщин возрасте 25-29 лет снизилась на одну треть. Индекс рождаемости в Кыргызской Республике составляет в среднем 3.4 ребенка за репродуктивный период жизни женщины.

Около одной трети (30%) вторых и последующих родов у женщин происходят в течение 24 месяцев после предыдущих родов. Средняя продолжительность межродового интервала составляет 2.7 лет.

2. Уровень младенческой смертности, рассчитанный по международным критериям живорожденности, за последние 15 лет снизился на 25% и составил в 1997 году 61‰, что в 2 раза выше данных Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (29‰).

Показатель детской смертности снизился с 19 до 12 на 1000 (37%).

3. Уровень младенческой и детской смертности зависит от этнической принадлежности, места проживания, образовательного ценза матери. Показатель младенческой смертности в сельской местности на 30% (70 против 54 на 1000) превышает таковой в городской местности, показатель детской смертности - на 41% (82 против 58 на 1000).

4. У 65% замужних женщин в Кыргызской Республике можно прогнозировать рождение детей с потенциально высоким фактором риска младенческой смертности, в том числе у 29% вероятность рождения детей с множественными факторами риска.

5. Для детей раннего возраста характерен низкий уровень здоровья: среди обследованных детей первого года жизни с наличием факторов риска I группу здоровья имели 1% детей, IIА группу, в зависимости от региона проживания, от 21 до 24%, IIБ - от 36 до 58%, III - от 14,8 до 42,2%, IV - 0,6%.

Высокий уровень заболеваемости детей первого года жизни обусловлен преимущественно заболеваниями органов дыхания, хроническим расстройством питания и нарушения обмена веществ и состояниями, возникающими в перинатальном периоде.

Пятьдесят процентов детей в возрасте до трех лет в Кыргызской Республике страдают анемией той или иной степени. У 24% детей диагностирована анемия выраженной степени, у 1% - тяжелая анемия.

6. Наиболее значимыми медико-социальными детерминантами состояния здоровья членов семей являются неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни, низкий уровень образования, причем прослеживается отчетливая связь доступности средств массовой информации с уровнем образования и этнической принадлежности.

7. По ранговой значимости факторов медико-социальной ситуации на территории Кыргызской Республики можно выделить: относительно благоприятный регион (г. Бишкек), средний (Чуйская, Ыссык-Кульская, Таласская области), "хуже среднего" (Нарынская область) и неблагоприятный (Ошская и Жалал-Абадская области).

8. Имеет место высокая потребность женщин в освоении методов планирования семьи - 71% женщин потенциально нуждаются в методах планирования семьи. У 12% замужних женщин потребности в планировании семьи оказались не реализованными, 60% - используют те или иные методы контрацепции, однако, практика планирования семьи полагается в основном на метод ВМС.

Частота аборт в течение всего репродуктивного периода жизни женщин в Кыргызской Республике в среднем составляет около 1,6.

9. Служба организации семьи и социального патронажа является эффективной формой оказания медико-социальной помощи женщинам и детям, позволяющей снизить показатель

младенческой и материнской смертности, улучшить показатели состояния женщин репродуктивного возраста и детей, дает возможность раннего начала профилактических мероприятий, повышает их эффективность, позволяет предупредить возможную реализацию риска у большинства детей.

Внедрение данной службы доступно, не требует больших финансовых затрат и имеет весомый социально-экономический эффект.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. На всех уровнях медицинского обслуживания следует проводить мониторинг показателей состояния здоровья детского населения, младенческой и детской смертности с использованием международных критериев и стандартов.

2. На уровне Министерства здравоохранения и головного учреждения педиатрической службы (НИИАиП) проводить ранжирование регионов по комплексу медико-социальных факторов один раз в 3 года.

3. В целях профилактики неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья детей и женщин, целесообразно использовать в лечебно-профилактических учреждениях, в качестве новой организационной формы обслуживания семьи «Службу организации семьи и социального патронажа».

4. Подготовку работников службы организации семьи и социального патронажа проводить по программам, представленным в изданных методических рекомендациях и пособиях: «Служба организации семьи и социального патронажа в формировании здорового образа жизни и здоровья», «Система медико-социальной помощи семьям группы риска», «Стандарты лечебно-профилактической помощи женщинам, проживающим в зоне обслуживания ФАП», «Программа охраны репродуктивной функции в Кыргызской Республике».

5. Деятельность работников службы организации семьи и

социального патронажа должна быть направлена на повышение санитарной культуры населения, усиление внутрисемейной пропаганды здорового образа жизни, подготовку семьи по различным аспектам контрацепции и планирования семьи, профилактики младенческой и материнской смертности.

Список основных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Влияние медико-социальных факторов на состояние здоровья детей первого года жизни //Социально-гигиенические проблемы педиатрии: II Всесоюз. Конф.: Тез. Докл. -Минск, 1989. -С. 22.
2. Проблемы семьи и регулирование движения населения Киргизии. -Фрунзе, 1989. -300 с. /Соавт. Н.Х. Кумскова, К.А. Субанбаев, Н.Е. Чернова и др.
3. Некоторые аспекты планирования семьи в сельской местности Киргизии //Современные проблемы педиатрии: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. -Фрунзе, 1990. -С. 13-17. /Соавт. О.Р. Беккер.
4. Влияние медико-социальной характеристики семьи на здоровье детей //Региональные особенности заболеваемости детского населения: Всесоюзн. Науч. Конф. Йошкар-Ола.: -М., 1991. -С. 168-169. /Соавт. О.Р. Беккер.
5. Методические подходы изучения деятельности социального работника с сельскими многодетными семьями //Научные и организационные основы формирования здоровья женщин и детей: Межотраслевая науч. Конф. -Бишкек, 1991. -С. 26-29. /Соавт. Н.З. Зубкова, А.Ш. Джакшибаева.
6. К вопросу о состоянии здоровья детей раннего возраста в сельской местности //Научные и организационные основы формирования здоровья женщин и детей: Межотраслевая науч. Конф. -Бишкек, 1991. -С. 172-176. /Соавт. О.Р. Беккер, А.К. Кутманов, Э.Н. Нурбаев.
7. Оценочно-прогностическая таблица риска младенческой смертности //Методическое пособие. -Бишкек, 1991 -10 с. /Соавт. О.Р. Беккер.
8. Роль работника службы организации семьи и социального патронажа в формировании здорового образа жизни и здоровья //Внедрение научн. исследований в практику акушерской и педиатрической служб: Сб. Тр. Респуб. Науч. Конф. НИИАиП. -Бишкек, 1991. -С. 12-15. /Соавт. К.А. Субанбаев.
9. Ребенок от нежеланной беременности //Социальные и медико-организационные вопросы педиатрии: Сб. Науч. Тр. I-го ТГМИ. -Ташкент, 1992. -С. 58-62. /Соавт. Т.Я. Сафонова.

10. Роль работника службы организации семьи и социального патронажа в формировании здорового образа жизни и здоровья //Методические рекомендации. Бишкек, 1992. -39 с. /Соавт. К.А. Субанбаев.
11. Служба планирования семьи в Ошской области //Вопросы акушерства и педиатрии: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. -Бишкек, 1993. -С. 12-13. /Соавт. А.Ш. Джакшибаева, Г.Т. Нажимитдинова, Р.К. Майтикова и др.
12. Система медико-социальной помощи семьям //Вопросы акушерства и педиатрии: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. -Бишкек, 1993. -С. 14-15. /Соавт. Г.Т. Нажимитдинова.
13. Опыт внедрения службы планирования семьи и социального патронажа в Ошской области //Вопросы акушерства и педиатрии: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. -Бишкек, 1993. -С.16. /Соавт. Г.Т. Нажимитдинова, А.Ш. Джакшибаева, Р.К. Майтикова и др.
14. Система медико-социальной помощи семьям группы "риска" //Методическое пособие. -Бишкек, 1994 -15 с. /Соавт. Д.З. Сагынбаева.
15. Этиологическая структура гнойно-воспалительных процессов гениталий у женщин пгт Каинда //Во имя будущего планеты: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. -Бишкек, 1994. -С. 44-45. /Соавт. А. В. Колодин.
16. Тенденция изменений демографической ситуации в условиях экономического кризиса в Кыргызской Республике //Во имя будущего планеты: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. -Бишкек, 1994. -С. 88-89. /Соавт. Н.Е. Чернова.
17. Стандарты лечебно-профилактической помощи женщинам, проживающим в зоне обслуживания ФАП, СВА, СУБ (для акушерок) //Методическое пособие. -Бишкек, 1994. -6 с. /Соавт. Н.Е. Чернова.
18. Опыт внедрения службы организации семьи и социального патронажа в условиях сельского района Кыргызской Республики //Вопросы акушерства и педиатрии: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. -Бишкек, 1995. -С. 166-168. /Соавт. Д.З. Сагынбаева, М.Ж. Мамытов.
19. Программа охраны репродуктивного здоровья в

- Кыргызской Республики //Методические указания. –Бишкек, 1995. -445 с.
20. Состояние здоровья детей первого года жизни, обслуживаемых работниками службы организации семьи и социального патронажа //Материалы совместного съезда акушеров-гинекологов и педиатров. -Бишкек, 1996. -С. 131. /Соавт. М.Ж. Мамытов.
21. Некоторые медико-демографические показатели семей, проживающих в сельской местности Кыргызстана //Материалы совместного съезда акушеров-гинекологов и педиатров. -Бишкек, 1996. -С. 135. /Соавт. Д.З. Сагынбаева.
22. Медико-социальные аспекты аборт в Кыргызской Республике //Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1998. -С. 59-61. /Соавт. Д.К. Кудаяров, А.Т. Шарманов, Ж.Б. Ботбаева.
23. Распространение анемии среди женщин репродуктивного возраста и их детей до 3-х лет //Материалы научной конференции “Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы”. Бишкек, 1998, С. 92-95. /Соавт. К.К. Тогузбаева, Д.К. Кудаяров, А.Т. Шарманов.
24. Остро-респираторная инфекция и диареи у детей до 3-х лет в Кыргызской Республике //Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1998. –С. 303-304. /Соавт. К.К. Тогузбаева, А.А. Муратов, А.Т. Шарманов и др.
25. Состояние грудного вскармливания в некоторых республиках Центральной Азии //Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1998. –С. 305-308. /Соавт. К.К. Тогузбаева, Д.К. Кудаяров, А.Т. Шарманов.
26. Медико-демографическое исследование в Кыргызстане //Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1998. –С. 414-417. /Соавт. Д.К. Кудаяров, А.Т. Шарманов. К.К. Тогузбаева и др.
27. Некоторые социально-демографические характеристики

- семей группы риска, проживающих в сельской местности //Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1998. –С. 443-447. /Соавт. Д.З. Сагынбаева.
28. Некоторые особенности планирования семьи в сельской местности Кыргызской Республики //Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1998. –С. 447-450. /Соавт. Д.З. Сагынбаева, М.Ж. Мамытов.
29. Становление Кыргызского Научно-исследовательского института акушерства и педиатрии //Сб. Тр. I-го Конгресса врачей Кыргызской Республики. -Бишкек, 1998. -С. 28-30. /Соавт. Д.К. Кудаяров, Н.Е. Чернова, З. И. Врублевская.
30. Анализ деятельности фельдшерско-акушерских пунктов Кыргызской Республики //Материалы первого Конгресса врачей Кыргызской Республики. Бишкек, 1998, с. 194-195. /Соавт. Б.А. Аронова.
31. Медико-социальные аспекты внедрения службы организации семьи и социального патронажа в Кыргызской Республике //Актуальные вопросы педиатрии, детской хирургии, акушерства и гинекологии: Сб. Тр. КГМА. -Бишкек, 1998. -С. 68-73. /Соавт. Д.З. Сагынбаева, М.Ж. Мамытов.
32. Медико-демографическое исследование Кыргызской Республики. –Бишкек, 1998. –268с. /Соавт. Н.К. Касиев, Д.К. Кудаяров, К.К. Тогузбаева и др.
33. Медико-социальные аспекты рождаемости в Кыргызской Республике //Азиатский вестник акушеров-гинекологов. –1998. -№ 4 -С. 57-60.
34. Медико-социальные аспекты рождаемости, младенческой и детской смертности в Кыргызской Республике //Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1999. -С. 219-225.
35. Уровни и тенденции рождаемости, младенческой и детской смертности в Кыргызской Республике и в некоторых странах Центральной Азии //Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях: Сб. Науч. Тр. НИИАиП. –Бишкек, 1999. – С. 225-229.

36. Вакцинация детей в Кыргызской Республике //V Региональный Конгресс педиатрических обществ тюркоязычных стран. Тез. Докл. -Бишкек, 1999. -С. 134. /Соавт. К.К. Тогузбаева, А.А. Муратов.

37. Санитарная статистика //Методическое пособие, - Бишкек. 1999. -134 с. /Соавт. Н.Е. Чернова. Д.З. Сагынбаева.

38. Ранжирование регионов Кыргызской Республики на основе рейтинговой оценки социально-демографической ситуации //Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе: Сб. Науч. Тр. КГМА и РДКБ. – Бишкек. 2000. – С. 13-17. /Соавт. А.Б. Фуртикова.

Аннотация

В диссертации представлена оценка демографических (уровень рождаемости, младенческой и детской смертности), соматических (физическое, нервно-психическое развитие, заболеваемость) показателей состояния здоровья детей раннего возраста. Разработана методика ранжирования регионов республики на основе рейтинговой оценки социально-демографической ситуации. Установлены наиболее значимые медико-социальные детерминанты состояния здоровья детей раннего возраста. Рассмотрены теоретические предпосылки медико-социальных основ планирования семьи и репродуктивного поведения женщин в Кыргызской Республике, определения потенциальных объемов и качественного содержания службы планирования семьи в зависимости от социально-гигиенических характеристик.

Обоснована необходимость организации в республике института службы организации семьи и социального патронажа для оказания медико-социальной помощи семьям группы риска, разработаны организационные основы, структура и функции службы социального патронажа.

Организация службы позволила интегрировать медико-социальную помощь на уровне служб первичной медико-санитарной помощи, дала возможность организовать и широко внедрить малозатратную и высокоэффективную медицинскую технологию, способствовала положительной динамике состояния здоровья, снижению заболеваемости и младенческой смертности по сравнению с исходным уровнем.

Аннотация

Диссертацияда жаш балдардын ден соолугунун абалына, алардын демографиялык (төрөлүш деңгээли, ымыркайлардын жана балдардын өлүмү), соматикалык (физикалык, нерв-ан сезимдик жактан өсүшү, ооруга чалдыгуусу) көрсөткүчтөрү аркылуу баа берүү сунуш кылынган. Социалдык демографиялык жагдайына рейтингдик баа берүүнүн негизинде республиканын дубандарына баскычтык баа берүү ыкмасы иштелип чыккан. Жаш балдардын ден соолугунун ахвалына көбүрөөк таасирин тийгизе турган медико-социалдык детерминанттары аныкталган. Социалдык-гигиеналык мүнөздөмөлөрүнө жараша үй-бүлөнү пландаштырууну сапаттуу жолго коюнун потенциалдык көлөмү, Кыргыз Республикасында аялдардын төрөтүндө үй-бүлөнү пландаштырууда медико-социалдык негиздерин теориялык жактан алдына алуу маселери каралган.

Тобокел топтогу үй-бүлөөлөргө медико-социалдык жактан жардам көрсөтүүдө социалдык байкоо (патронаж) жүргүзүүнүн кызматы жана структурасынын социалдык негизи иштелип чыккан.

Бул кызматты уюштуруу медико-социалдык жардамды баштапкы медико-санитардык кызмат өтөө дэңгээлинде ыкмалаштырууга мүмкүнчүлүк берди, аз чыгымдуу жана жогорку сапаттагы медициналык технологияны кеңири киргизүүгө жана колдонууга мүмкүнчүлүк болду, алгачкы дэңгээлге салыштырганда ден соолуктун жогорулашына оң таасирин тийгизип, оорунун жана ымыркайлардын өлүмүнүн азайышына алып келди.

Precis

This thesis presents evaluation of health status indicators of children of young age, including demographic (birth rate, infant and children's mortality rates), somatic (physical, neuro-psychic development, morbidity) ones. Also the methodology is proposed for ranging the regions of the republic in accordance with assessment of social-demographic situation. The most important essential medical-social determinants of health status of children of young age have been established. In this dissertation the theoretical preconditions for medical-social basis for Family Planning and Reproductive behavior of women in the Kyrgyz Republic and definitions of potential capacity and quality maintenance of family planning service depending on social-hygienic characteristics are reviewed.

The necessity of establishment of Institute of Family and Social Patronage for provision of medical-social assistance to risk-families is justified, organizational basis, structure and functions of social patronage service are developed.

Establishment of the above service has helped medical-social assistance to be integrated into primary health care, has enabled to organize and widely implement low-cost and high-quality medical technology, has led to positive dynamics in health status, decrease of morbidity and infant mortality rate versus the previous years.