

2009-36

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет К. 14.08.375

На правах рукописи

УДК – 618.39+612.652

**ЖУМАБАЕВА ГУЛЬНАРА ТОКТОМАМАНОВНА
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С
НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И
ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

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

БИШКЕК - 2009

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом эпидемиологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Акынбеков Куттубек Усенбаевич**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук **Бокчубаев Эрнст Тентиевич**

кандидат медицинских наук, доцент **Розьева Райхан Саитовна**

Ведущая организация: Казахстанский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова (г. Алматы)

Защита состоится « 19 » ИЮНЯ 2009 г. в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета К.14.08.375 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Автореферат разослан « 10 » МАЯ 2009 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук



Б.А.Абилов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Среди многих медицинских и социальных проблем маловесные дети заслуживают особого внимания. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по новым критериям, выделяют очень низкую (1000-1500 г) и экстремально низкую (500-999 г) массу тела и срок гестации 22-27 недель (ВОЗ, 1997).

В мире ежегодно рождается около 8 млн. детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, это 1/10 часть всех рождающихся живыми в мире детей. Из этого числа лишь 5% детей с низкой массой тела, причем в основном недоношенных, приходится на экономически развитые страны, а остальные 95% - на развивающиеся. Самая высокая частота рождения детей с низкой массой тела наблюдается в странах Азии – выше 20% (О.Г.Фролова, Н.А.Дуросова, 2008).

Комитет экспертов по вопросам охраны материнства и детства ВОЗ справедливо указывает на очень высокую смертность маловесных детей. Вероятность летального исхода у них в 35-37 раз выше, чем у детей с нормальным весом. В своем исследовании А.А.Баранов (2001 г.) отмечает, что в структуре трудовых потерь общества, перинатальные причины занимают второе место после несчастных случаев, превосходя по своей значимости потери от сердечно-сосудистых и онкологических болезней.

В Кыргызстане с введением новых критериев живорождения в возрастной структуре смертности детей нарастает доля новорожденных, умерших в возрасте до 28 недель – от 9,3% в 2000 г. до 17,5 – в 2005 г. (ВОЗ, 2004).

Следовательно, предупреждение невынашивания беременности и отсутствие исчерпывающей классификации причин невынашивания являются чрезвычайно важной проблемой в профилактике данной патологии (Ж.С.Алайдарова, 2002; С.А.Дворянский с соавт., 2002; Г.М.Дементьева с соавт., 2004; Т.В.Яковлева, 2005; Ю.Г.Назаренко, 2006).

Для определения весомости факторов риска по невынашиванию беременности были предложены различные методики, позволяющие заблаговременно оценивать группы высокого риска и обеспечивать ее надлежащим медицинским наблюдением (Л.Д.Рыбалкина, 1988; А.К.Шаршенов, М.С.Мусуралиев, 2001; В.М.Сидельникова, 2005).

Однако, глубокие изменения, происходящие в обществе в условиях новой экономической формации, привели к возникновению безработицы, особенно среди женщин, повлекшее за собой значительную миграцию отдельных слоев населения, изменение образа их жизни. Поэтому выявление факторов риска по рождению детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, при сроке гестации 22-27 недель, и совершенствование профилактических мероприятий являются основными резервами снижения перинатальных потерь (К.У.Акынбеков с соавт., 2008).

Фето-инфантильные потери, показатели которых в целом и их отдельных компонентов (мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность) остаются на высоком уровне, наносят обществу значительный социальный (сокращая на

1-2 года среднюю продолжительность жизни) и экономический (уменьшая на 2-3% участие каждого поколения в процессе общественного производства) ущерб (В.Ю.Альбицкий с соавт., 1997). Именно поэтому проблема снижения потерь жизнеспособных младенцев относится к категории общественных: определяет необходимость и актуальность оценки смертности плодов и новорожденных с социально-экономических позиций и с позиций потенциальной демографии.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами: Данная диссертационная работа является инициативной.

Цель работы. Совершенствование методов профилактики невынашивания беременности с учетом влияющих факторов риска.

Задачи исследования:

- провести анализ демографической ситуации состояния здоровья женщин по рождению детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в условиях юга и севера Кыргызстана; выявить факторы риска рождения маловесных детей и разработать способ прогнозирования степени риска невынашивания беременности;
- определить перинатальные исходы новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при сроке гестации 22-27 недель и произвести расчет интегрального показателя фето-неонатальных потерь;
- разработать рекомендации по профилактике невынашивания беременности и рождения маловесных детей с учетом воздействующих факторов риска.

Научная новизна.

- Впервые дана комплексная оценка медико-социальным факторам риска, способствующим рождению детей с низкой и экстремально низкой массой тела, что позволило выделить наиболее значимые факторы и построить на их основе модель прогнозирования риска невынашивания беременности и меры профилактики.
- Определены территориальные особенности риска невынашивания беременности с учетом образа жизни женщин, профессиональной принадлежности, наличия вредных привычек, места жительства.
- Дана оценка перинатальному исходу новорожденных детей, ассоциированных с малой массой тела при рождении. Показано, что увеличение смертности новорожденных детей идет параллельно с увеличением заболеваемости репродуктивной системы беременных женщин, экстрагенитальных патологий, патологии беременности и родов, а также со снижением срока.
- Обоснована необходимость использования интегрального показателя плодово-младенческих (фето-неонатальных) потерь.
- Выявлена корреляционно-детерминационная зависимость невынашивания беременности с наиболее значимыми медико-социальными факторами риска.

Практическая значимость. На основе полученных данных в теорию перинатологии внесены новое понимание и представление о прогнозировании

степени риска невынашивания беременности с использованием метода дискретных корреляционно-детерминационных анализов.

Значимость данной работы для практической службы определяется внедрением новой организационной модели, предусматривающей создание диспансерных групп, учитывающих взаимосвязь вероятности развития невынашивания беременности с выявленными медико-социальными факторами. Предлагаемая модель профилактики невынашивания беременности позволяет проводить более целенаправленную и эффективную профилактику и лечение данной патологии на уровне первичного звена здравоохранения.

Для оценки деятельности первичного звена здравоохранения и разработки управленческих решений по профилактике перинатальной смертности предлагаем использовать показатель плодово-младенческих (фето-неонатальных) потерь, показывающий комплексную оценку фактического состояния потерь.

Экономическая значимость полученных результатов. Для оценки экономической значимости репродуктивных потерь необходимо использовать показатели потенциальной демографии. Исходя из результатов расчета прогностических показателей, можно получить экономическую ценность различных видов вмешательства и оценить эффективность каждого из них.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Этиология невынашивания беременности чрезвычайно разнообразна и обусловлена комплексным воздействием медико-социальных факторов риска.
2. Анализ и прогноз невынашивания беременности должны основываться на современных интегральных показателях – индексе фето-неонатальных потерь, являющихся инструментом регулирования репродуктивных структур, а также корреляционно-детерминационные индексы, учитывающие взаимосвязи между явлениями и средой.
3. Предложенные разработки по оценке невынашивания беременности и выявлению факторов риска, служат основой для разработки мер профилактики по данной патологии.

Личный вклад соискателя. Цель, задачи, программа исследования, выкопировка из первичного материала, его статистическая обработка и научная оценка, а также формулирование основных положений диссертации, выводов и заключения проведены лично соискателем.

Апробация результатов работы. Материалы диссертационной работы докладывались и обсуждались на: заседании кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения КГМА (Бишкек, 2005); заседании Ученого совета по науке КГМА (Бишкек, 2005); научном совете Высшей школы общественного здравоохранения Казахстана (Алматы, 2005); совместной международной конференции КГМА и Высшей школы общественного здравоохранения Казахстана с Альянсом научных изысканий ВОЗ (Алматы, 2006); межфедеральных заседаниях КГМА (Бишкек, 2007, 2008).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 9 научных работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 115 страницах и состоит из введения, четырех глав, обсуждения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 28 таблицами и 19 рисунками. Библиографический указатель содержит 204 источников литературы, из них 39 на иностранном языке.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Объект и объемы. Кыргызская Республика в административно-территориальном отношении складывается из двух регионов – южный и северный. К южному региону относятся Ошская, Жалалабадская и Баткенская области, к северному – Чуйская, Иссыкульская, Нарынская и Таласская. Они резко отличаются друг от друга климато-географическими особенностями, различием полезных ископаемых, разнообразием почв и растительных покровов, характерными особенностями быта населения, привычек, традиций, обычаев и делают регионы республики наиболее интересным объектом для изучения различий в перинатальном состоянии глубококондоношенных детей в зависимости от географических, этнографических, социально-бытовых и профессиональных факторов.

В качестве объекта исследования были определены районные и областные родильные отделения, центры семейной медицины, отдельные группы семейных врачей по Жалалабадской и Чуйской областям.

Единицей наблюдения явились 636 беременных женщин с недоношенной беременностью в возрасте от 15 до 49 лет проживающих в Жалалабадской (n=340) и Чуйской (n=296) областях и родивших 654 детей с массой тела от 500 до 999 г – 462 и от 1000 до 1499 г – 192 ребенка, из них 223 и 121 соответственно в Жалалабадской и 239 и 71 в Чуйской областях за период с 2003 по 2005 годы (табл. 1).

Таблица 1

Число женщин родивших маловесных детей и число родившихся детей по регионам за период с 2003 по 2005 гг.

Годы	Жалалабадская область				Чуйская область			
	Число родивших женщин	Родилось детей			Число родивших женщин	Родилось детей		
		всего	из них 500-999 г	1000-1499 г		всего	из них 500-999 г	1000-1499 г
2003	110	112	65	47	101	111	89	22
2004	112	113	73	40	90	91	66	25
2005	118	119	85	34	105	108	84	24
Всего	340	344	223	121	296	310	239	71

Все 636 женщин были подразделены на 6 возрастных групп: 16-19 лет; 20-24; 25-29; 30-34; 35-40; 40 и более лет для оценки медико-социальных факторов риска в невынашивании беременности.

В основу работы положен анализ материалов первичного учета (индивидуальная карта беременной – форма 111/у, история родов – форма 196/у, журнал учета приема больных и отказов в госпитализации – форма 001/у, медицинская карта амбулаторного больного – форма 025/у, история развития новорожденного – форма 097/у) женщин. Срок гестации составил от 22 до 27 недель.

Исходя из материалов первичного учета были разработаны и заполнены анкеты исследований, состоящих из двух взаимосвязанных разделов:

- сведения о женщинах, родивших маловесных детей – возраст, семейное положение, социальная принадлежность, паритет беременности, паритет родов, интервал между предыдущими и настоящими родами, состояли на учете или нет, где наблюдались, срок беременности, фоновая патология, осложнения во время беременности, течение родов (осложнения), оперативные вмешательства в родах и др.;
- сведения о ребенке – срок беременности при рождении, пол, масса тела при рождении, состояние плода в утробе и во время родов, реанимационные мероприятия, исход и др.

Изучены медико-демографические показатели, характеризующие состояние здоровья беременных женщин (экстрагенитальные, гинекологические заболевания и осложнения во время беременности и родов), неблагоприятные социальные и медицинские факторы, отрицательно воздействующие на исход беременности.

Проведен анализ структуры заболеваемости недоношенных детей в период рождения и на первой неделе жизни ребенка, определены основные тенденции и причины плодовых потерь.

Идентификация диагнозов основывалась на международной классификации болезней 10-го пересмотра (1999 г.).

Нами был использован сплошной метод выборки единиц наблюдения, применены ретроспективные и проспективные способы сбора материала, описательные (дескриптивные) и аналитические методы исследования, а также современные количественные методы, такие как статистическое моделирование с помощью стандартных статистических формул.

В работе был проведен анализ методов прогнозирования степени риска невынашивания беременности. Для этого использовали метод парной корреляции (способ квадратов Пирсона) и определили значимость факторов риска в невынашивании беременности. Затем методом дискретных корреляционных анализов (коэффициент детерминации) производился выбор оптимального набора воздействующих факторов риска, не обусловленных друг с другом. Коэффициент детерминации (R) указывает на долю изменения изучаемого явления, вызванного исследуемым фактором.

В работе также применен показатель относительной интенсивности (правдоподобия), представляющий собой числовое соотношение одноименных относительных показателей в целях получения комплексной оценки риска невынашивания беременности.

Для оценки уровня всех перинатальных и неонатальных потерь, т.е. жизнеспособность рожденного потомства, ВОЗ рекомендует учитывать показатель – плодово-младенческие потери (фето-инфантильные), посредством которого возможно выявление потерь в период с 22 недель гестации и до 28 дней жизни (Н. Ewerbeck, 1978).

В нашем исследовании с 22 недель гестации и в течении первой недели жизни (фето-неонатальных потерь).

$$\text{Показатель ФНП} = \frac{\text{число родившихся мертвыми} + \text{число умерших на 1 неделе жизни с массой тела до 1000 г (от 1000 до 1499 г)}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми с массой тела до 1000 г (от 1000 до 1499 г)}} \times 1000$$

В первом случае расчет вели на детей с массой тела от 500 до 999 г включительно, во втором случае – от 1000 до 1499 г, что позволяет оценивать значимость плодовых потерь в зависимости от массы тела при рождении.

В целях оценки изучаемых явлений, характеристики распределения признаков в совокупности, а также для сравнения в ходе анализа разных совокупностей вычисляли интенсивные и экстенсивные показатели.

Оценка достоверности различия сравниваемых величин проводилась по критерию Стьюдента (t) и уровню вероятности безошибочного прогноза (P).

Весь объем информации обработан на компьютере с использованием программы Microsoft Office Excel, позволившей получить специальные выходные диаграммы и таблицы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Медико-демографическая характеристика женщин, родивших маловесных детей в изучаемых регионах.

Климат Кыргызской Республики отличается большим разнообразием и в значительной степени определяется региональными особенностями. Поэтому для сравнительного анализа изучаемых явлений были выбраны два региона, Жалалабадская и Чуйская области.

В период с 2003 по 2005 гг. в обеих областях родилось 104448 детей, из них недоношенных – 5117. Частота рождения недоношенных детей составила 4,9%. Высокая частота рождения недоношенных детей в Чуйской области обусловлена миграционными процессами социально уязвимого населения из других областей. Из общего числа недоношенных детей 462 ребенка (9,0%) были с массой тела 500-999 г, а с массой тела 1000-1499 г – 192 (3,7%), всего с низкой (НМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массой тела родилось 654 ребенка, что составило 12,6-13,0% от всех недоношенных детей.

За три года (2003-2005 гг.) в Жалалабадской и Чуйской областях зарегистрировано 636 матерей родивших детей с очень низкой и экстремально

низкой массой тела. Доля мужчин и женщин в обеих областях была примерно одинаковой, однако доля женщин фертильного возраста в Чуйской области составляет 55% к общему числу женщин, а в Жалалабадской - 47% (табл. 2). Такая разница обусловлена внутренней и внешней миграцией женщин репродуктивного возраста, характерной на данном этапе для южных регионов страны. Несмотря на это, плодовитость по маловесным детям в Жалалабадской области ($53 \pm 0,8\text{‰}$) оказалась достоверно значимой, чем в Чуйской области ($50 \pm 1,2\text{‰}$; $P < 0,05$), что указывает на большую рождаемость маловесных детей на юге страны (табл. 2).

В возрастном аспекте наибольшее число рожденных маловесных детей в северном регионе приходится на группу 20-24 лет (38,5%), тоже самое и в южном регионе (25,0%), но по отдельным возрастным группам от 25 до 40 лет доли матерей, родивших маловесных детей распределились равномерно, сравнительно с северным регионом (табл. 3). Исходя из сказанного следует,

Таблица 2
Некоторые медико-демографические показатели в Жалалабадской и Чуйской областях на начало 2006 года

Показатели	Жалалабадская область	Чуйская область
численность населения, всего	960831 (100%)	752373 (78,3%)
в том числе доля:		
▪ мужчин	49,8%	49,3%
▪ женщин	50,2%	50,7%
женское население, всего	482149 (100%)	381663 (79,2%)
в том числе:		
▪ городское	117409 (24,4%)	83606 (21,9%)
▪ сельское	36474 (75,6%)	298057 (78,1%)
женщины фертильного возраста (15-49 лет)	223449 (46,3% к общему числу женщин)	208835 (54,7% к общему числу женщин)
рождаемость по маловесным детям	$0,35 \pm 0,02\text{‰}$	$0,39 \pm 0,04\text{‰}$ ($P > 0,05$)
Плодовитость по маловесным детям	$53,0 \pm 0,8\text{‰}$	$50,0 \pm 1,2\text{‰}$ ($P < 0,05$)

что в Жалалабадской области выявлена высокая плодовитость по маловесным детям и высокая рождаемость во всех возрастных группах от 16 до 39 лет, тогда как в Чуйской области высокая рождаемость приходится только на возрастную группу 20-24 года (табл. 3). По данным авторов подобная тенденция объясняется традициями, обычаями и вероисповеданием населения различных регионов, а также меньшей активностью медицинских работников в просветительской деятельности.

Вычисленные коэффициенты относительной интенсивности (КОИ) свидетельствовали о том, что наиболее оптимальным возрастом матери по вынашиванию беременности является 20-29 лет. На эту возрастную группу приходится наибольшее число рождения всего детей и в меньшей мере – маловесных (КОИ – 0,6 и 0,9). Наиболее рискованым является возраст матери от 35 лет и старше, в котором риск невынашивания в 3 раза больше, чем в возрасте 20-24 года и в 2,0 раза – чем в возрасте 25-29 лет, что согласуется с данными отдельных авторов – риск рождения недоношенных детей, их высокая заболеваемость и смертность, увеличивается при неблагоприятном возрастном цензе у матерей: моложе 18 и старше 35 лет (Л.Д.Рыбалкина, 1988; Г.М.Бурдули, 1998; А.К.Шаршенов, 1999). Многие авторы подчеркивают преимущественное рождение недоношенных детей у женщин старше 35 лет (De Melker R.F, Diseases, 1995; Manalancar D.V., et al. 1991).

Таблица 3

Возрастной состав женщин, родивших детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при 22-27 недельном сроке гестации в Жалалабадской (числитель) и Чуйской (знаменатель) областях за 2003-2005 гг. в абсолютных и относительных величинах (%)

Годы	ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ						Все-го женщин	Средний возраст	Уровень вероятности
	16-19 лет	20-24 лет	25-29 лет	30-34 лет	35-39 лет	40 и более лет			
	Ч и с л о ж е н щ и н								
2003	$\frac{12}{15}$	$\frac{31}{37}$	$\frac{21}{27}$	$\frac{18}{10}$	$\frac{19}{9}$	$\frac{9}{3}$	$\frac{110}{101}$	$28,5 \pm 0,42$ $25,7 \pm 0,68$	<0,001
2004	$\frac{20}{7}$	$\frac{25}{35}$	$\frac{19}{14}$	$\frac{21}{18}$	$\frac{15}{12}$	$\frac{12}{4}$	$\frac{112}{90}$	$28,4 \pm 0,24$ $27,4 \pm 0,66$	>0,05
2005	$\frac{16}{13}$	$\frac{29}{42}$	$\frac{19}{19}$	$\frac{22}{17}$	$\frac{25}{7}$	$\frac{7}{7}$	$\frac{118}{105}$	$28,6 \pm 0,40$ $26,5 \pm 0,69$	<0,01
М	$\frac{16}{12}$	$\frac{28}{38}$	$\frac{20}{20}$	$\frac{20}{15}$	$\frac{20}{9}$	$\frac{9}{5}$	$\frac{340}{296}$	$28,5 \pm 0,54$ $26,5 \pm 1,01$	<0,05
Доля %	$\frac{14,1}{11,8}$	$\frac{25,0}{38,5}$	$\frac{17,4}{20,3}$	$\frac{17,9}{15,2}$	$\frac{17,4}{9,5}$	$\frac{8,2}{4,7}$			

К особенностям социального характера по рождению маловесных детей можно отнести уровень обращения беременных женщин в лечебные учреждения и постановки их на учет. На юге из числа, состоявших на учете беременных женщин только 4-ая часть встала на учет до 12 недель беременности, 2/3 – от 12 до 21 недель и 1/7 – после 22 недель. В северном регионе 44,9% беременных встали на учет до 12 недель беременности, с 12 до 21 недель встали на учет 55,1%.

Следовательно, в Жалалабадской области каждая 4-ая беременная женщина вообще не состояла на учете, и только четвертая их часть своевременно встала на учет, тогда как в Чуйской области 6-ая часть женщин не состояла на учете и 44,9% беременных своевременно встали на учет. Вторым отрицательным моментом ведения беременных в Жалалабадской области является то, что из числа взятых на учет только 13,7% посетили врача один раз, т.е. эти беременные по существу не обследованы лабораторно, специалистами другого профиля, не выявлена экстрагенитальная патология, в то время как 34,9% изучаемого контингента женщин имели отягощенный акушерский анамнез, т.е. относились к группе высокого риска по рождению детей с низкой массой тела.

По материалам социально-гигиенических исследований и практического здравоохранения известно, что одним из ведущих мест среди факторов, определяющих уровень показателей частоты и структуры рождения маловесных детей, является система организации, полноты охвата и качества медицинского наблюдения за женщинами во время беременности (А.Н.Баранов, 1997).

На юге по профессиональной принадлежности матерей, первое место занимает работа в крестьянском хозяйстве (32,9%) на втором и третьем местах – безработные (28,8%) и занятые индивидуальной трудовой деятельностью (22,9%). Состоит в браке – 87,4%. Тогда как на севере, на первом месте – безработные (31,5%), на втором – занятые индивидуальной трудовой деятельностью (28,7%) и на третьем – работа в крестьянском хозяйстве (24,3). Состоит в браке – 90,4%. Среди женщин рабочие практически не встречались, в меньшей мере встречались служащие и студентки. Основная доля женщин, родивших маловесных детей, занималась ненормированным физическим трудом – крестьянское хозяйство, индивидуальная деятельность, являлись безработными – в домохозяйствах. При расчете корреляции профессии женщины с числом рождений маловесных детей выявили следующую закономерность, чем больше физического труда, тем выше рождаемость маловесных детей. Следовательно, в обоих регионах в деятельности женщин фертильного возраста и беременных преобладает физический труд. Корреляционно-детерминационный анализ показал высокое значение физического труда в невынашивании беременности, заняв II и III ранговые места среди других факторов риска (табл. 4).

Корреляционная и детерминационная зависимость невынашивания беременности, обусловленной влиянием изучаемых явлений в Жалалабадской* и Чуйской областях**

Изучаемые явления	Коэффициент корреляции, r	Уровень вероятности безошибочного прогноза, P	Коэффициент детерминации, R (%)	Ранговое место
профессия женщин (физический труд)	0,81* 0,70**	<0,01* <0,01**	65,6* 49,0**	2* 3**
нерегулярность посещения и поздний срок постановки на учет в ЛПУ	0,27 0,23	>0,05 >0,05	7,3 5,3	9 10
паритеты родов (первородящие)	0,61 0,47	<0,05 <0,05	37,2 22,1	5 6
курение и употребление алкоголя	0,43 0,38	<0,05 <0,05	18,5 14,4	6 7
отягощенный семейный и материальный статус	0,21 0,28	>0,05 >0,05	4,4 7,8	10 9
число беременностей, закончившихся выкидышами	0,88 0,84	<0,05 <0,01	77,4 70,6	1 1
неблагоприятный исход первой беременности	0,76 0,63	<0,05 <0,05	57,8 39,7	3 4
наличие воспалительных заболеваний гениталий	0,31 0,29	<0,05 <0,05	9,6 8,4	8 8
наличие хронических соматических заболеваний	0,36 0,48	<0,05 <0,05	13,0 23,0	7 5
угроза прерывания беременности	0,67 0,71	<0,05 <0,05	44,9 50,4	4 2

Примечание: * - Жалалабадская область

** - Чуйская область.

Анализ результатов корреляционной и детерминационной зависимости невынашивания беременности, обусловленной медико-социальными факторами показал, что угроза невынашивания беременности достоверно обусловлена наличием в анамнезе числа беременностей, закончившихся выкидышами (R = 74% - первое место), угрозы прерывания беременности и характера труда женщин (R = 48% - вторые места), неблагоприятного исхода первой беременности (R = 43% - третье место). Далее идут паритеты родов, наличие хронических соматических заболеваний, воспалительные заболевания гениталий, курение и употребление алкоголя, отягощенный семейный и

материальный статус, нерегулярное посещение и поздний срок постановки на учет в лечебно-профилактическое учреждение (табл. 4).

Факторами риска явились также заболевания, перенесенные во время беременности (r+0,31 и +0,29), почти у половины женщин, родивших маловесных детей, отмечались те или иные заболевания. Обострение хронических заболеваний у матери во время беременности наблюдалось в незначительных случаях, коэффициент детерминации был равен 13,0 и 23,0%

Заболеваемость и осложнения течения беременности у женщин, родивших маловесных детей.

По данным наших исследований уровень заболеваемости беременных женщин в южном регионе был выше, чем в северном. В Жалалабадской области на одну беременную женщину приходилось в среднем 1,6, а в Чуйской области - 1,2 заболеваний. Ведущей патологией репродуктивной системы явились воспалительные заболевания женских тазовых органов. На втором и третьем ранговых местах находятся невоспалительные заболевания женской половой сферы и нарушения менструального цикла. Каждая возрастная группа имела свои отличительные особенности, которые необходимо учитывать при составлении программ снижения заболеваемости репродуктивной системы.

Соматический анамнез матерей свидетельствовал о низком уровне их здоровья и был отягощен заболеваниями крови и кроветворных органов (646±25,9 и 534±29,0‰; P<0,05), которые заняли первое ранговое место. Второе и третье места распределились среди болезней мочеполовой системы (424±26,8 и 399±28,5‰; P>0,05) и органов пищеварения (286±24,5 и 370±28,1‰; P<0,05). Затем идут заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ.

Полученные нами результаты подтверждают данные В.И.Кулакова с соавт., 1997 г. свидетельствующие о том, что и у нас, в частности, - среди осложнений беременности наиболее часто встречаются анемия (36,5%), гестоз (26,5%), преждевременное излитие околоплодных вод (21,1%) и другие (20,1%). Высокий показатель гестозов отмечается в группе женщин, родивших мертворожденных (30,6%) и умерших в первые несколько суток детей (29,0%). Отслойка плаценты в родах мертворожденными составила 10,2%, умершими - 13,0%. Преждевременное излитие околоплодных вод составило 9,5% и 26,0% соответственно.

Осложнения течения беременности отмечались у большинства матерей, родивших маловесных детей. Так, распространенность угрозы прерывания беременности (319±25,3 и 245±25,0‰; P<0,05) и преэклампсии средней тяжести (261±23,9 и 255±25,3‰; P>0,05) были высокими и заняли первое и второе ранговые места. На следующем месте - преждевременная отслойка плаценты (137±18,6 и 183±22,4‰; P>0,05). Отеки и протеинурия без гипертензии, имея незначительное распространение (74±14,2 и 23±8,7‰; P<0,05), в южном регионе встречались в три раза больше, чем в северном.

Согласно статистическим отчетам РМСК (2005) частота гестозов среди общего числа родивших женщин по республике составила лишь 8,4%, анемии - 79,2%, отслойки плаценты - 1,2%.

В структуре осложнений течения беременности на первом месте находится анемия – 28,8%, ранний токсикоз – 15,8%. Наибольший процент гестозов (25,9%) среди женщин, родивших мертворожденных (в весовой категории 500-900 г он составил 32,2%). По данным А.К.Шаршенова, 1999 г., осложнения беременности, прежде всего поздние гестозы, оказывают неблагоприятное воздействие на внутриутробное развитие плода, способствует задержке плода и рождению маловесных детей.

Гестоз является одним из тяжелых осложнений беременности, приводящих к высокой потере детей с низкой массой тела зачастую в малом гестационном возрасте (В.И.Кулаков с соавт., 1997).

Среди осложнений родового и послеродового периода заслуживают особого внимания роды, осложнившиеся стрессом плода ($420 \pm 18,9$ и $272 \pm 15,7\%$; $P < 0,001$), кровотечением во время беременности ($329 \pm 17,1$ и $334 \pm 17,3\%$; $P > 0,05$) и оперативными вмешательствами ($382 \pm 18,2$ и $445 \pm 19,6\%$; $P < 0,05$). В меньшей мере встречались слабость родовой деятельности, стремительные роды и роды, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины.

Кроме того, риск недонашивания беременности повышается с увеличением числа беременностей в анамнезе, особенно при сочетании искусственного аборта и преждевременных родов. Влияние искусственного аборта на частоту преждевременных родов расценивается различными авторами по-разному. Так, одни авторы считают, что наличие одного неосложненного аборта в анамнезе статистически не влияет на частоту преждевременного прерывания беременности. В то же время исследования других авторов свидетельствуют о возрастании возможности возникновения преждевременных родов у женщин с искусственными абортами в анамнезе.

Таким образом, исследования, проведенные нами, позволили получить углубленное представление о комплексе медико-биологических и социально обусловленных факторов риска по рождению маловесных детей. К таковым относятся: наличие в анамнезе числа беременностей, закончившихся выкидышами, аборт, неблагоприятный исход первой беременности, угроза прерывания беременности и характер труда женщин (профессиональная принадлежность), наличие хронических соматических заболеваний, воспалительные заболевания гениталий, патологии беременности и родов, вредные привычки, отягощенный семейный и материальный статус, нерегулярное посещение и поздний срок постановки на учет в лечебном учреждении.

Ранний перинатальный исход новорожденных детей, ассоциированных с малой массой тела при рождении.

В раннем неонатальном периоде из общего числа родившихся (654) в сроке гестации 22-27 недель умерло 593 плодов (90,6%).

Анализ исходов родов показал, что ранняя неонатальная смертность определяется сроком гестации и массой тела плода. Чем меньше срок гестации и масса тела плода, тем достоверно ($P < 0,05$) выше перинатальная смертность.

В группе с экстремально низкой массой тела перинатальная смертность в среднем составила 95,9% на юге и 96,2% на севере, различий в показателях не было, тогда как в группе с низкой массой тела – соответственно 86,8 и 60,6%. Сравнительно низкая смертность, для указанной группы, обнаружилось в Чуйской области, что объясняется наличием в этом регионе более современной клинико-диагностической аппаратуры по выхаживанию ребенка, доступностью специализированной медицинской помощи и существенно высоким качеством этой помощи.

В структуре причин ранней неонатальной смертности основные позиции принадлежат респираторным нарушениям перинатального периода (32,5-29,3% от всех причин). Врожденные аномалии (16,1-17,9%) находятся на втором месте, на третьем – внутриутробная гипоксия и асфиксия (14,6-12,3%), на четвертом – инфекции, специфичные для перинатального периода (10,4-8,6%), на пятом – родовая травма (9,2-7,8%) и прочие (17,2-24,1%).

Преобладание внутриутробных гипоксий, асфиксий и врожденных аномалий в качестве причин ранней неонатальной смертности, свидетельствует о неблагоприятном внутриутробном развитии и в значительной мере связано с медико-биологическими и социальными условиями для вынашивания беременности, характерными для современной жизни, и, особенно, в Жалалабадской области.

Прогнозирование риска невынашивания беременности.

Анализируя причины выявленной тенденции смертности новорожденных, следует отметить, что ее увеличение идет параллельно с увеличением заболеваний женщин детородного возраста и беременных, и особенно с такими заболеваниями, как хронические инфекции мочеполовой системы, заболевания системы кровообращения, анемия, заболевания передающиеся половым путем, беременности. Они и способствуют увеличению частоты рождения недоношенных детей.

В целях комплексной оценки фактического состояния плодово-младенческих потерь производился расчет показателя фето-неонатальных потерь. Анализ этих потерь, при рождении ребенка с массой тела от 500 до 999 г в Жалалабадской и Чуйской областях за период с 2003 по 2005 гг., позволяет говорить о высоком уровне данных потерь при отсутствии тенденции к их снижению на протяжении изучаемого периода. Такая тенденция обусловлена механической миграцией беременных женщин с юга на север и потому на севере больше рождаются дети до 1000 г, а среди этих детей был высокий процент (96,3%) перинатальной смертности, что соответственно и определила высокие плодово-младенческие потери в обоих регионах.

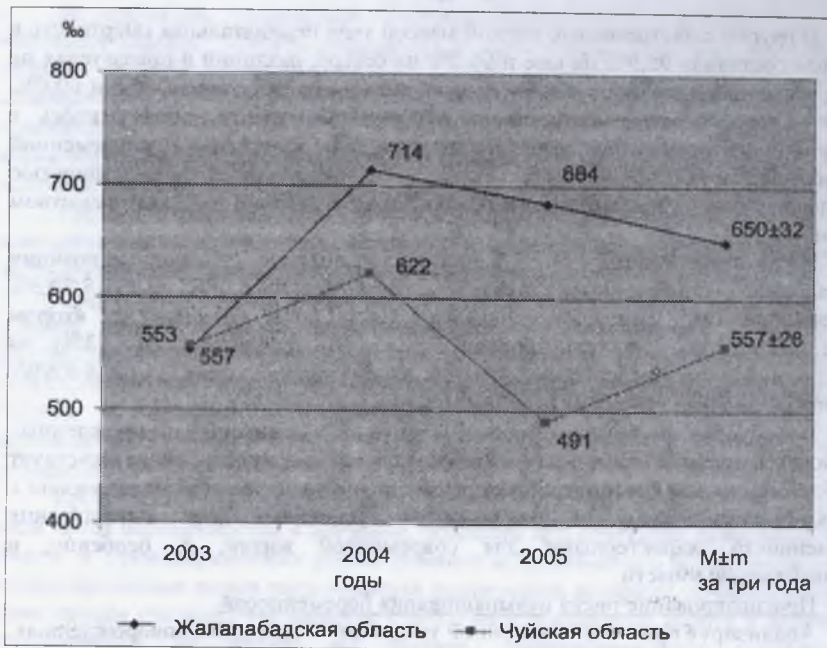


Рис. Фето-неонатальные потери по регионам с массой тела 1000-1499 г при рождении (%).

Несмотря на такую тенденцию, расчеты позволяют утверждать о достоверно значимом уровне ($P < 0,05$) потерь в южном регионе, сравнительно с северным, при рождении ребенка с массой тела 1000-1499 г (рис.).

Следовательно, данный показатель, основанный на принципах обоснованности клинико-диагностических и профилактических мероприятий, позволяет проводить экспертизу качества акушер-гинекологической и неонатологической помощи в учреждениях здравоохранения на всех этапах ее деятельности.

Таким образом, в целях совершенствования оказания медицинской помощи женщинам фертильного возраста и беременным женщинам на уровне первичного звена здравоохранения целесообразно внедрение системы мониторинга репродуктивного здоровья этим женщинам. В ее основе должно быть подразделение наблюдаемых женщин на три диспансерные группы:

- пациенты, имеющие устранимые ограничения социального характера (семейное положение, внутрисемейные отношения, желанная беременность, образовательный уровень родителей, неблагоприятный возрастной ценз, профессиональная принадлежность, наличие профессиональных вредностей, неблагоприятные условия труда, жилищно-бытовые условия, рациональное питание женщин, вредные привычки – курение, алкоголь, наркотики).

Профилактика невынашивания беременности для этой группы должна основываться на общих подходах и принципах первичной профилактики, направленная на формирование у населения установок и навыков здорового образа жизни и снижения негативного воздействия на вынашивание беременности перечисленных факторов социального характера. Данная работа должна проводиться социальными работниками, работниками общественного здравоохранения и первичной службой здравоохранения (ПМСП);

- пациенты, имеющие устранимые факторы риска акушерско-гинекологического и соматического анамнеза (отягощенный экстрагенитальный анамнез матерей до беременности – анемия, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, эндокринной системы, наличие воспалительных заболеваний гениталий и др.). Вторичная профилактика должна проводиться путем устранения этих факторов и осуществляется группами семейных врачей, центрами семейной медицины и специализированными лечебными учреждениями, т.е. первичными, вторичными и третичными звеньями здравоохранения;
- пациенты, имеющие неустраняемые факторы риска медицинского характера (аборты, выкидыши, преждевременные роды, мертворождение, наличие противопоказаний по тем или иным причинам к беременности и др.). Это третичная профилактика (реабилитация репродуктивной функции). В этой группе больных необходимо уточнить медицинские причины невынашивания беременности и основные социальные факторы риска, устранить их по мере возможности и подготовить больного к следующей беременности.

Предлагаемые практические рекомендации профилактики невынашивания беременности (учет медико-социальных факторов риска, места жительства пациентки, использование способа прогнозирования степени риска невынашивания беременности при непосредственном участии групп семейных врачей, центров семейной медицины и работников общественного здравоохранения) позволят более целенаправленно и эффективно проводить профилактику и лечение данной патологии.

ВЫВОДЫ

1. Анализ демографической ситуации выявил следующие закономерности:

- снижение численности женщин фертильного возраста в Жалалабадской области (47% к общему числу женщин) сравнительно с Чуйской областью (55%), обусловлено процессами и внутренней миграции населения с южного региона республики в северный и другие государства;
- несмотря на низкую долю женщин репродуктивного возраста в Жалалабадской области, показатель плодовитости по маловесным детям достоверно выше, чем в Чуйской области, что свидетельствует о большей рождаемости маловесных детей на юге;

- наибольшее число рождения маловесных детей приходится на возрастную группу женщин 20-24 года;
 - беременные женщины, родившие маловесных детей не состояли на учете в лечебном учреждении в южном регионе 24,6%, в северном 17,1%;
 - из 654 родившихся детей с экстремально низкой и с низкой массой тела остались живыми 1/10 их часть, т.е. ранняя неонатальная смертность глубоконедоношенных детей остается очень высокой.
2. Угроза невынашивания беременности достоверно обусловлена наличием в анамнезе числа беременностей, закончившихся выкидышами, угрозы прерывания беременности и характером труда женщины, неблагоприятным исходом первой беременности. Далее идут паритеты родов, хронические соматические заболевания, воспалительные заболевания гениталий, курение и употребление алкоголя, отягощенный семейный и материальный статус, нерегулярное посещение и поздний срок постановки на учет в лечебном учреждении.
 3. В структуре причин ранней неонатальной смертности детей, основные позиции принадлежат респираторным нарушениям перинатального периода, врожденным аномалиям, внутриутробной гипоксии и асфиксии, инфекциям, специфичным для перинатального периода, родовой травме.
 4. Анализ фето-неонатальных потерь, при рождении ребенка с массой тела от 500 до 999 г в Жалалабадской и Чуйской областях, позволяет утверждать о высоком уровне данных потерь, связанных с высоким показателем (96,3%) перинатальной смертности, а при массе тела от 1000 до 1499 г выявился достоверно значимый уровень потерь в южном регионе ($650 \pm 32\%$), сравнительно с северным ($557 \pm 26\%$).
 5. Первоочередным этапом профилактики невынашивания беременности является новая организационная модель, предусматривающая создание диспансерных групп, учитывающая взаимосвязь вероятности развития невынашивания беременности с выявленными медико-социальными факторами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Способ прогнозирования степени риска невынашивания беременности может использоваться при первичном обращении пациентки (с момента взятия на диспансерный учет), не требует материальных и временных затрат, может применяться на врачебном и доврачебном этапах.
2. По результатам прогнозирования риска невынашивания беременности необходимо проводить мероприятия медико-социального характера, в соответствии с практическими рекомендациями профилактики невынашивания беременности.
3. В целях необходимости сбора более полной и достоверной статистической информации о состоянии перинатальной смертности, рекомендуется использовать показатель фето-неонатальных потерь.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Гестозы во время беременности, в родах и послеродовом периоде в Кыргызской Республике за 2003-2004 годы //Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2005. -№1. – С.113-115 (с соавт.: И.М.Насырова, Г.А.Ишеналиев).
2. Реформа здравоохранения и здоровье населения Кыргызской Республики //Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2006. -№4. – С.46-52 (с соавт.: К.У.Акынбеков, А.А.Орозалиева и др.).
3. Перинатальные исходы и профилактика рождения маловесных детей //Известия ВУЗов. – Бишкек, 2006. -№6. – С.186-189 (с соавт.: К.У.Акынбеков, А.А.Орозалиева).
4. Медико-социальная характеристика женщин, родивших маловесных детей в условиях юга и севера Кыргызстана //Наука и новые технологии. – Бишкек, 2008. -№3,4. – С.60-63 (с соавт.: К.У.Акынбеков, А.А.Орозалиева).
5. Социальный статус и заболеваемость женщин, родивших детей с низкой и экстремально низкой массой тела //Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2008. -№2. – С.42-48 (с соавт.: К.У.Акынбеков, А.А.Орозалиева).
6. Прогнозирование невынашивания беременности //Известия ВУЗов. – Бишкек, 2008. -№3,4. – С.63-66 (с соавт.: К.У.Акынбеков, А.А.Орозалиева).
7. Ранний перинатальный исход новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела //Известия ВУЗов. – Бишкек, 2008. -№3,4. – С.173-175.
8. Смертность новорожденных детей, ассоциированных с малой массой тела при рождении //Здравоохранение Кыргызстана – 2008. -№4. – С.20-22.
9. Корреляционно-детерминационный анализ невынашивания беременности, обусловленной медико-социальными факторами //Здравоохранение Кыргызстана – 2008. - №4. – С. 23-25.

Коомдук ден соолук жана саламаттыкты сактоо 14.00.33 адистиги боюнча “Медицина илимдеринин кандидаты” окумуштуулук даражасына талапкер Жумабаева Гульнара Токтомаматовнанын “Төмөн жана өтө төмөн салмактагы балдардын төрөлүшүнүн медициналык-социалдык себептери жана анын алдын алуунун жолдору” темасындагы диссертациясына

КОРУТУНДУ

Алгы создор: салмагы кем балдар, ара төрөп коюуу, кош бойлуулуктун жана төрөтгүн дарты, гинекологиялык оорулар.

Изилдөөнүн максаты: тобокелчилик себептердин таасирлерин эске алуу менен ара төрөлүүнүн алдын алуу методдорун өркүндөтүү.

Козомөлдөө мекемелери: райондук жана облустук төрөт бөлүмдөрү, үй бүлөлүк медицина борборлору, Жалалабад жана Чүй облустары боюнча үй бүлөлүк дарыгерлердин айрым топтору.

Изилденген аялдардын жана балдардын саны: 636 ара төрөгөн кош бойлуу аялдар жана алардан төрөлгөн 654 кем салмактуу балдар.

Изилдөөнүн ыкмалары: байкоонун бирдиктерин тандоонун жалпы ыкмасы, материал топтоонун ретроспективалык жана проспективалык ыкмалары пайдаланылган, изилдөөнүн баяндама (дескриптивдик) жана аналитикалык ыкмалары, ошондой эле стандарттык статистикалык формулалардын жардамы менен статистикалык моделдерди түзүү сыяктуу жыйынтыктын заманга ылайык ыкмалары.

Алынган натыйжа жана алардын жаңылыгы: Биринчи жолу төмөн жана өтө төмөн салмактагы балдардын төрөлүшүнө шарт түзгөн тобокелчиликтин медициналык-социалдык себептерине комплекстүү баа берилгендиктен, өтө орчундуу себептерди иргеп алууга жана ошонун негизинде ара төрөлүүгө жол бербөө мүмкүнчүлүгүн алдын алуу жолдору аныкталган. Жаңы төрөлгөн балдардын салмагынын төмөндүгүнө байланыштуу перинаталдык өлүмүнө баа берилген. Төрөлгөн балдардын жашоо жөндөмдүүлүгүн аныктоочу интегралдык (фето неонаталдык) көрсөткүчү негизделген. Ара төрөлүүнүн айрыкча маанилүү медициналык-социалдык себептери менен корреляциялык-детерминациялык көз карандылыгы аныкталган.

Колдонуу чөйрөсү: үй бүлөлүк дарыгерлер топтору, үй бүлөлүк дарыгерлер борборлору, социалдык кызматкерлер, коомдук саламаттык сактоо кызматкерлери.

Диссертация: 115 баракка жазылган, 28 таблицалар жана 19 сүрөттөр менен жабдылган.

Библиография: түпкү булактар 204, анын ичинен 165 орус, 39 англис тилдеринде.

РЕЗЮМЕ

диссертации Жумабаевой Гульнары Токтомаматовны на тему: «Медико-социальные аспекты рождения детей с низкой и экстремально низкой массой тела и пути их профилактики» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: маловесные дети, невынашивание беременности, патологии беременности и родов, гинекологические заболевания.

Цель исследования: совершенствование методов профилактики невынашивания беременности с учетом влияющих факторов риска.

Объект исследования – районные и областные родильные отделения, центры семейной медицины, отдельные группы семейных врачей по Жалалабадской и Чуйской областям.

Единица исследования – 636 беременных женщин с недоношенной беременностью и родившиеся от них 654 маловесные дети.

Методы исследования – сплошной метод выборки единиц наблюдения, применены ретроспективные и проспективные способы сбора материала, описательные (дескриптивные) и аналитические методы исследования, а также современные количественные методы, такие как статистическое моделирование с помощью стандартных статистических формул.

Полученные результаты и их новизна. Впервые дана комплексная оценка медико-социальным факторам риска, способствующим рождению детей с низкой и экстремально низкой массой тела, что позволило выделить наиболее значимые факторы и построить на их основе прогнозирование риска невынашивания беременности и меры профилактики. Дана оценка перинатальному исходу новорожденных детей, ассоциированных с малой массой тела при рождении. Обоснован интегральный показатель плодовых (фето-неонатальных) потерь для оценки жизнеспособности рожденного ребенка. Выявлена корреляционно-детерминационная зависимость невынашивания беременности с наиболее значимыми медико-социальными факторами риска.

Область применения – группы семейных врачей, центры семейной медицины, социальные работники, работники общественного здравоохранения.

Диссертация изложена – на 115 страницах, иллюстрирована 28 таблицами и 19 рисунками.

Библиография – 204 источников, из них 165 на русском и 39 на английском языках.