

2009-56

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Диссертационный совет К.14.08.375.

На правах рукописи  
УДК:614.2+314.422.2]-053.2

**СМАИЛОВА ДИАНА КАДЫРБЕКОВНА**

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
УРОВНЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ  
В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ**

14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение

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

**БИШКЕК – 2009 г**

Работа выполнена в Кыргызском Государственном Медицинском Институте переподготовки и повышения квалификации.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор **Буйлашев Таалайбек Сабралиевич**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор **Султанмуратов Махмуд Темирбекович**

доктор медицинских наук **Ашимов Жамалбек Исабекович**

**Ведущая организация:** Кыргызско - Российский Славянский Университет

им. Б.Н. Ельцина по адресу: 720000,

г. Бишкек, ул. Киевская, 44.

Защита диссертации состоится «19» июня 2009 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета К.14.08.375 при Кыргызской Государственной Медицинской Академии по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Исы Ахунбаева, 92.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии МЗ КР по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Исы Ахунбаева, 92.

Автореферат разослан «7» мая 2009 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук



**Б. А. Абилов**

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность.** Младенческая смертность – один из демографических показателей, наиболее наглядно отражающий уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения, который аккумулирует в себе уровень образования и культуры, загрязнения окружающей среды, доступность медицинской помощи, распределение материальных благ в обществе [О.П. Щепин, 2001; Т.Г. Богданова, 2002].

Проанализировав младенческую смертность по периодам жизни ребенка, можно получить более полное представление о качестве и эффективности работы акушерско-гинекологической и педиатрической службы [В.И. Стародубов, 2001].

Считается, что материнскую смертность можно отрегулировать, повысив профессиональный уровень врача, а перинатальную - на 80% можно отрегулировать социально-экономическими факторами и на 20% - медицинскими [Б.М. Венцковский, 2001].

Уровень смертности детей в возрасте до 1 года жизни в наибольшей степени зависит от качества и своевременности медицинской помощи, а также организации противоэпидемических мероприятий. Многие причины, в том числе инфекции, могут быть устранены при надлежащем уходе за младенцем, его патронажном наблюдении, своевременном обращении к врачу и оказании качественной медицинской помощи [М.М. Балыгин, 2001; Б.М. Венцковский, 2001].

В отечественной литературе имеются данные о влиянии отдельных факторов риска на заболеваемость и смертность детей раннего возраста [К.К. Айдыралиева, 1979; И.К. Денисламова, 1979; Н.Г. Иваненко, 1989; О.Р. Беккер, 1991; А.К. Шаршенов, 2001; Ю.Р. Ланимамова, 2007; А.Г. Кошмуратов, 2007]. Однако, в Ошской области Кыргызской Республики до сих пор не были проведены комплексные исследования причин младенческой смертности и факторов, влияющих на нее. Актуальным является проведение данного исследования в период реформирования системы здравоохранения в связи с поэтапным переходом республики на критерии живорождения ВОЗ.

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

**Цель исследования.** На основе комплексного анализа динамики и причин младенческой смертности научно обосновать необходимость оптимизации программы медико-организационных мероприятий по её профилактике и снижению.

**Задачи исследования:**

1. Изучить современные тенденции уровней младенческой смертности (перинатальной, неонатальной, постнеонатальной), с использованием критериев ВОЗ, при определении живо- и мертворождений в сельских районах Ошской области Кыргызской Республики.

2. Оценить факторы риска смерти детей первого года жизни в сельских районах Ошской области Кыргызской Республики.

3. Определить роль семьи, её социально-гигиенический статус в вопросах охраны состояния здоровья детей первого года жизни.

4. Оценить качество оказания медицинской помощи детям первого года жизни на всех ее этапах.

5. Пересмотреть и актуализировать программу по снижению младенческой смертности.

#### Научная новизна:

- Установлен истинный уровень младенческой смертности в различных районах Ошской области. При этом выявлено неоднозначное влияние на этот показатель расчета младенческой смертности по критериям ВОЗ при определении живо - и мертворождений. В большинстве районов этот показатель увеличился (на 9,3% - 11,0% - 39,1%) и лишь в Каракульжинском районе отмечено снижение младенческой смертности на 17,3%.

- Подтвержден факт негативного влияния на уровень и структуру младенческой смертности ряда неблагоприятных социально-гигиенических и биологических факторов; на основе сравнительного анализа конкретизирована их значимость для различных районов.

- Выявлен комплекс недостатков в объеме и характере оказанной на всех уровнях лечебно-профилактической помощи детям первого года жизни, причем не отмечено значимых различий в их частоте по районам.

- Показано, что в изучаемых районах наиболее перспективными направлениями в снижении уровня младенческой смертности являются работа на уровне семьи по пропаганде ЗОЖ и совершенствование лечебно-профилактических мер по воспитанию здорового ребенка.

#### Практическая значимость:

- Установленные в процессе исследования уровни младенческой смертности и её структуру следует учитывать при определении объемов и содержании лечебно-профилактических мер, направленных на снижение младенческой смертности, как в целом по области, так и в отдельных районах.

- Медико-социальные факторы риска высокой смертности в различные периоды жизни ребенка могут использоваться при разработке социальных программ развития Ошской области с учетом особенностей экономического статуса районов.

- Результаты исследования однозначно указывают на необходимость совершенствования лечебно-профилактической помощи на всех уровнях организации здравоохранения Ошской области.

Внедрение. Материалы диссертационной работы были использованы при разработке Национальной стратегии охраны здоровья и развития детей и подростков Кыргызской Республики до 2015 года. Разделы диссертационной работы внедрены в учебный процесс кафедры управления и экономики здравоохранения КГМИПЦ.

#### Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Показатель младенческой смертности, рассчитанный по критериям ВОЗ, повысился в трех районах: в Алайском районе на 9,3% (26,2 на 1000 в 2000 году и 28,9 на 1000 в 2005 году), в Ноокатском районе на 11,0% (27,6‰ и 31,0‰ соответственно) и в Чоналайском на 39,1% (18,7‰ и 30,7‰ соответственно). Исключением составляет Каракульжинский район, в котором наблюдалось снижение показателя на 17,3% (25,5‰ и 21,1‰ соответственно).

2. Показатели младенческой смертности значительно выше таковых, полученных из официальной базы статистических данных Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

3. Комплексная ретроспективная оценка физического, нервно-психического развития, а также показателей заболеваемости обследуемой когорты показала, что дети, умершие на первом году жизни, имели более низкие показатели состояния здоровья.

4. Наиболее значимыми медико-социальными детерминантами ухудшения состояния здоровья детей первого года жизни являются: неудовлетворительные санитарно-гигиенические знания родителей, низкая медицинская активность населения.

Личный вклад автора. Основной объем исследования выполнен и обработан лично диссертантом. Он включает комплексные социально-гигиенические исследования, системный анализ качества оказания медицинской помощи детям. Разработаны научно обоснованные мероприятия по снижению уровня младенческой смертности, в результате чего сформулированы заключения и выводы по работе.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на заседании кафедры управления и экономики здравоохранения КГМИПЦ (г. Бишкек, 2008); заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций диссертационного совета К.14.08.375 Кыргызской Государственной Медицинской Академии (г. Бишкек, 2009); на научно-практической конференции молодых ученых КГМИПЦ «Актуальные проблемы в здравоохранении и клинической медицине» в 2008 г., по теме диссертации были представлены на конференции 2 статьи.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 7 статей в рецензируемых НАК КР журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 152 страницах компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, 6 глав, выводов, рекомендаций для практического здравоохранения, указателя литературы, приложения. Работа иллюстрирована 88 таблицами и 25 рисунками. Библиографический указатель содержит 277 источников, из них 82 на английском языке.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материалы и методы исследования.** Базой для проведения исследований были выбраны 4 района Ошской области, как наиболее социально неблагополучные: Алайский, Чоналайский, Карасууйский, Ноокатский.

Объектом исследования послужили случаи смерти детей, умерших на первом году жизни. Для проведения качественного исследования случаев младенческой смертности была использована репрезентативная вероятная выборка, состоящая из 3724 домовладений в четырех районах Ошской области, методом кластерного обследования. Размер выборки был таким, чтобы оцениваемый уровень младенческой смертности соответствовал истинным показателям с абсолютной точностью в 2%, при уровне доверительности в 95%, при предположении 10% потери выборки.

В соответствии с задачами исследования также осуществлялся набор материала исследования по всем случаям младенческой смертности во всех организациях здравоохранения четырех районов Ошской области. В разработку поступило 262 комплекта первичных учетных документов. Вся информация собиралась поэтапно, пополнялась и окончательно анализировалась методом подбора «на лицо».

### Программа и методика исследования, информационная база

Программа исследования состояла из следующих разделов:

1. Вербальная аутопсия случаев младенческой смертности;
2. Комплексная социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика условий и образа жизни семей, формирующих состояние здоровья детей;
3. Оценка качества оказанной медицинской помощи изучаемым семьям.

Для реализации программы составлены специально разработанные документы:

I. Анкета Вербальной аутопсии, а также документация по составлению списков домовладений, которые включали в себя специальные формы описания каждого строения и имен глав домовладений, находящихся в данном строении, составление карты местонахождения кластера и карты строений, находящихся в кластере. Анкета состояла из двух частей вопросов, основой анкеты явился стандарт протокола по вербальной аутопсии WHO/CDS/CSR/ISR/99.4.A - стандартный метод для исследования причин смертности младенцев и детей. Вербальная аутопсия - это метод, который разработан с целью установления причины смерти в тех ситуациях, когда ограничен доступ к медицинской помощи и там, где большая часть случаев, приведших к смерти младенцев, происходит дома, зачастую при полном отсутствии или при ограниченной помощи со стороны обученного медицинского персонала.

II. Карта медико-социальной оценки состояния здоровья детей первого года жизни, состоящая из 5 разделов. Данное комплексное исследование было осуществлено в несколько этапов. Первая часть исследования была направлена на то, чтобы оценить истинный уровень младенческой смертности по четырем районам Ошской области.

Второй этап включал в себя набор материала по всем случаям младенческой смертности в организациях здравоохранения четырех районов Ошской области, который проводился по серийно - гнездовому методу. В соответствии с программой исследования использовались различные методы сбора информации: методы комплексного изучения медицинской документации, выкопировка данных на специально разработанные карты, заполнение специально составленных карт опроса и анкет, методы посемейного обследования, методы опроса-интервью матери, медицинского работника, экспертный метод. Оценка физического развития изучаемой когорты проводилась с учетом показателей основных соматометрических параметров с использованием таблиц непараметрического типа - перцентильные (P) отклонения. Уровень заболеваемости детей изучался по данным обращаемости, госпитализации. Анализ заболеваемости проводился согласно МКБ X пересмотра с изучением возможности ее предотвратимости по методике Лепарского Е.А. с соавт. (1982).

Информационной базой служили: медицинская документация («Индивидуальная карта беременной» ф. 111/у, «Индивидуальная карта развития ребенка» ф. 112/у, «Медицинская карта амбулаторного больного» ф. 025/у), беседа с матерью, посещение домов, беседа с медицинскими работниками ЛПО.

Компьютерный анализ данных был произведен при помощи статистического пакета. Для разработки дизайна анкет и ввода данных были использованы компьютерные программы MS Access и Ms Excel. Статистическая обработка проводилась путем вычисления стандартных показателей.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведенные медико-социальные исследования основных демографических показателей в вышеуказанных сельских районах выявили четкую тенденцию роста показателей рождаемости. Особенно выражен данный процесс в Каракульжинском и Ноокатском районах, где численность родившихся детей с 2000 г. выросла на 8%, и 4,3%, соответственно (рис.1)

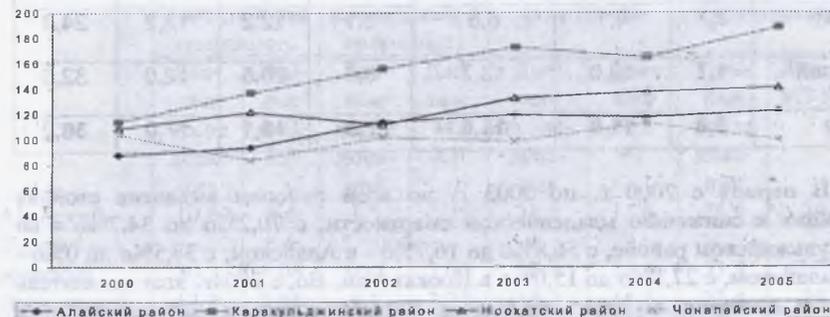


Рис.1. Численность родившихся детей с 2000 по 2005 гг., в зависимости от района проживания.

Исключение составляет лишь Чоналайский район, в котором показатель относительно стабилен, что вероятно связано с процессом внутренней миграции женщин репродуктивного возраста.

Анализ младенческой смертности показал, что его уровень в целом по изучаемым районам составил 36,2 на 1000 родившихся живыми, показатель перинатальной смертности – 15,6‰, а уровень мертворождаемости – 3,8‰. Показатели ранней неонатальной, поздней неонатальной и постнатальной смертности составили 11,8; 7,3 и 17,0 на 1000 родившихся живыми, соответственно (табл. 1). Наибольший показатель младенческой смертности выявлен в Каракульжинском районе (51,4‰), наименьший - в Ноокатском (23,8‰). В Алайском районе данный показатель составил 28,9‰, а в Чоналайском – 31,6‰. Столь высокие цифры показателей связаны со многими факторами, в том числе ухудшением социально-экономических условий и недостаточной обеспеченностью организаций здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами. Кроме того, данные нашего исследования подтверждают тот факт, что наибольшая степень риска младенческой смертности отмечается у детей мужского пола.

Таблица 1

Показатели мертворождаемости, перинатальной и младенческой смертности в течение периода, предшествовавшего исследованию (2000-2005 г.г.)

Район	Мертворождаемость	Ранняя неонатальная смертность (0-6 дней)	Перинатальная смертность (мертворождаемость +0-6 дней)	Поздняя неонатальная смертность (7-28 дней)	Неонатальная смертность (0-28 дней)	Постнатальная смертность (29 дней – 1 год)	Младенческая смертность
Алайский	1,5	9,1	10,6	1,5	10,6	18,3	28,9
Каракульжинский	7,8	20,1	27,9	10,1	30,2	23,4	53,6
Ноокатский	2,7	4,1	6,8	8,1	12,2	12,2	24,4
Чоналайский	1,7	12,0	13,7	8,6	20,6	12,0	32,6
<b>Итого</b>	<b>3,8</b>	<b>11,8</b>	<b>15,6</b>	<b>7,3</b>	<b>19,1</b>	<b>17,0</b>	<b>36,2</b>

В период с 2000 г. по 2003 г. по всем районам выявлена стойкая тенденция к снижению младенческой смертности, с 70,2‰ до 34,7‰ - во Каракульжинском районе, с 56,8‰ до 16,7‰ - в Алайском, с 38,5‰ до 0‰ - в Чоналайском, с 27,5‰ до 15,0‰ в Ноокатском. Но, с 2004г. этот показатель вырос и составил в 2005г. 63,8‰ в Каракульжинском районе, 40‰ в Чоналайском, 28,4‰ в Ноокатском, 24,4‰ в Алайском (рис. 2).

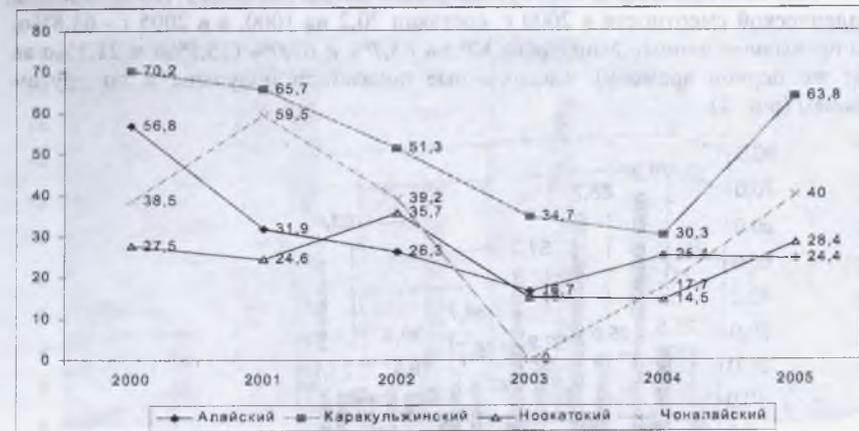


Рис. 2. Показатели младенческой смертности с 2000-2005 гг. по районам.

При анализе структуры младенческой смертности установлено преобладание смертности в постнатальном периоде (от 29 дней до 1 года), особенно в Алайском районе, что объясняется менее эффективным процессом выхаживания новорожденных этого возраста. Показатели младенческой смертности, выявленные в результате нашего исследования, значительно выше таковых, полученных из официальных статистических данных Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ суммарных показателей младенческой смертности

Район	Ранняя неонатальная смертность		Поздняя неонатальная смертность		Постнатальная смертность		Младенческая смертность	
	Данные исследования	Данные МЗ КР	Данные исследования	Данные МЗ КР	Данные исследования	Данные МЗ КР	Данные исследования	Данные МЗ КР
Алайский	10,6	8,4	1,5	2,25	18,3	15,8	28,9	24,7
Каракульжинский	30,2	5,06	10,1	2,05	23,4	14,6	53,6	22,06
Ноокатский	12,2	7,85	8,1	2,23	12,2	15,1	22,4	24,6
Чоналайский	20,6	10,4	8,6	2,25	12,0	21,8	32,6	27,2

Так, исследования в Каракульжинском районе выявили, что показатель младенческой смертности в 2000 г. составил 70,2 на 1000, а в 2005 г. - 63,8‰, что превышает данные Минздрава КР на 63,7% и 67,0% (25,5‰ и 21,1‰ за этот же период времени). Аналогичные показатели получены и по другим районам (рис. 3).

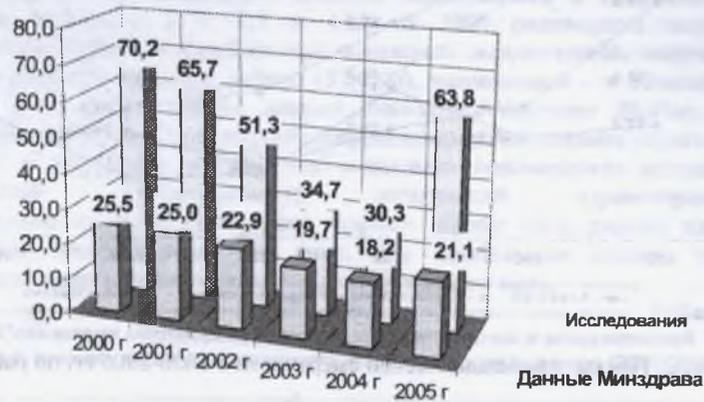


Рис. 3. Сравнительные показатели младенческой смертности в Каракульжинском районе.

Исследования показали, что 23,1% детей умерли в течение одного дня от начала болезни, 20,2% - через 2-3 дня, 10,6% через 4-5 суток (рис. 4).

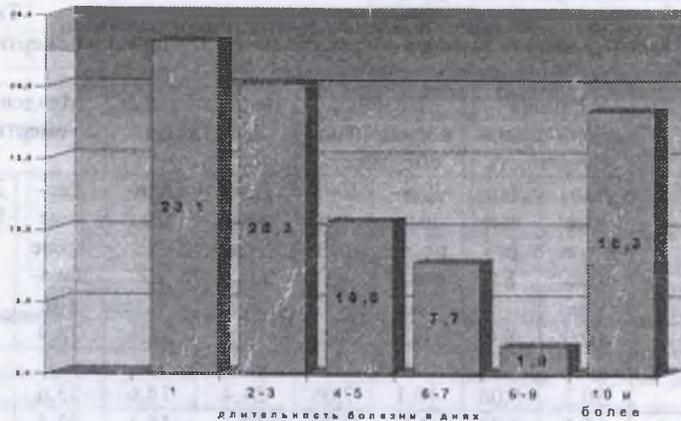


Рис. 4. Длительность болезни ребенка, которая привела к смерти (%).

Выявлено позднее обращение за медицинской помощью во время болезни ребенка. Так, лишь 20,2% респондентов ответили, что обратились за помощью

в первые дни после заболевания ребенка. На вторые-третьи и четвертые-пятые сутки обратились соответственно 20,2%, 6,7% респондентов. Были случаи очень позднего обращения (на 10 и более сутки) (7,7%) (рис. 5).

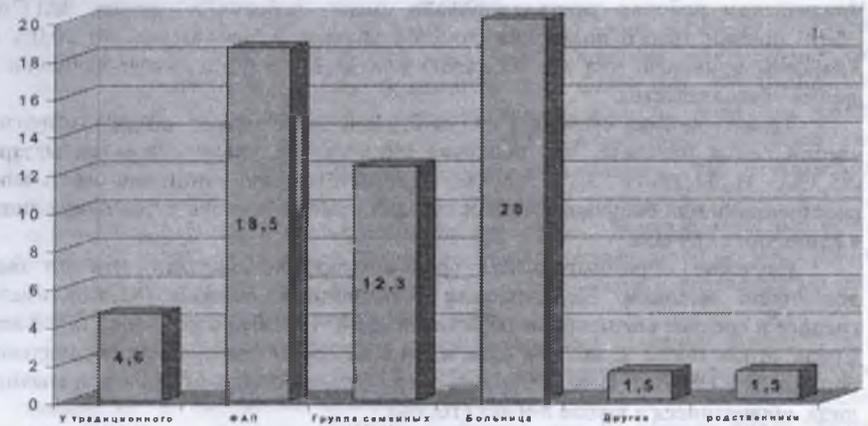


Рис. 5. Куда обращались родственники ребенка за помощью (%).

Проведенное исследование показало, что 11,5% детей умерло в больнице, 33,7% - дома, 18,3% - по дороге в лечебное учреждение, 3,8% - в другом учреждении и 1,0% - в другом месте.

С целью оценки медико-социальных аспектов причин младенческой смертности были оценены некоторые социально-экономические условия жизни респондентов, как важнейшие детерминанты состояния здоровья членов домохозяйства, особенно детей.

Источник питьевой воды, как правило, определяет ее качество. В изучаемых районах Ошской области Кыргызской Республики 72,1% жителей использовали речную воду, 11,5% домохозяйств имели водопроводную воду. В 14,4% домохозяйств жители использовали привозную воду.

Почти каждая третья женщина в Алайском районе (36,9%), каждая четвертая в Каракульжинском (18,8%) и Чоналайском (21,1%), каждая шестая в Ноокатском (16,7%) была в возрастном периоде, представляющем определенный риск для вынашивания беременности и родов (до 20 лет и старше 35 лет). Причем, по сравнению с молодыми, отмечалось преобладание пожилых матерей, что свидетельствует о достаточном удлинении генеративного периода женщин, продолжающегося до 40 лет и более.

Подавляющее большинство супругов проживали в браке, из них 86,5% - в зарегистрированном, а 8,7% семейных пар - в незарегистрированном. Неполных семей не было. Среди причин не регистрации брака респонденты отмечали отсутствие необходимых документов для его юридического оформления.

Выявлено отрицательное отношение населения к юридическому оформлению факта младенческой смертности. Так, лишь 42,1% опрошенных в Алайском, 60,4% в Каракульжинском, 66,7% в Ноокатском и 89,5% в Чоналайском районах зарегистрировали смерть ребенка в органах ЗАГСА. Среди причин такого поведения от 5,6% случаев в Ноокатском до 20,0% в Алайском отметили, что это не важно и в 16,7% и 40,0% соответственно - другие обстоятельства.

Характеристика степени участия в уходе за ребенком матерей и других членов семьи показала, что основная нагрузка по уходу лежит на матери (85,2%). В 11,1% и 3,7% случаях соответственно - помощь оказывали родственники или бабушка. Отцы оказывали помощь в уходе за ребенком лишь в единичных случаях.

Изучение образовательного уровня супругов показало, что он был достаточно высоким. Подавляющее большинство матерей (85,6%) имели среднее и среднее специальное образование, 14,4% - обучались в школе 8-9 лет. Среди отцов также ж высока доля имеющих среднее и среднее специальное образование (83,7%). В то же время, среди отцов несколько чаще встречались лица, обучавшиеся в школе 8-9 лет (16,3%).

Изучение количества родов у женщин, завершившихся в течение шестилетнего периода, предшествовавшего исследованию, показало, что 83,1% имели в анамнезе три-четыре родов, причем на каждую женщину, имевшую случай младенческой смертности, приходилось от 1 до 7 детей в анамнезе. У всех женщин в анамнезе был случай младенческой смертности, в том числе неоднократный. В целом, 13,5% женщин репродуктивного возраста имели, по меньшей мере, один или два индуцированных аборта.

Установлено, что у значительного числа женщин беременность была запланированной (76,9%), для каждой четвертой женщины данная беременность была случайной (23,1%). Причем, 90,4% женщин, до рождения ребенка, который умер, не применяли контрацептивные средства и лишь 7,7% - применяли их.

Установлен высокий уровень случаев употребления каких-либо лекарственных препаратов во время беременности (18,5%). Причем, значительная часть беременных употребляла лекарства по назначению врача.

Подавляющее большинство умерших детей в изучаемых районах Ошской области рождались в лечебных учреждениях (84,6%), а 15,4% детей, т.е. каждый восьмой ребенок, родился дома. 58,7% детей были впервые приложены к груди сразу после рождения, 4,8% - в течение первого получаса, 6,7% - в течение первого часа. Исключительно грудное вскармливание в раннем младенчестве, рекомендуемое ВОЗ, в Ошской области недостаточно распространено. Хотя грудное вскармливание характеризуется достаточной продолжительностью, нами выявлена распространенность практики раннего введения дополнительного питания. В возрасте 0-3 месяцев 87,5% младенцев в дополнение к грудному молоку получали прикорм. 99% младенцев продолжали кормиться грудью до 9 месяцев. Наиболее выраженные различия были

получены при опросе респондентов об источнике получения информации по грудному вскармливанию. 13,5% не получали никакой информации. 15,4% - в качестве источника информирования отметили группу семейных врачей, 33,7% - работников ФАПов, 2,9% - родственников.

В целом, по изучаемым районам, из общего числа детей, не получавших грудное вскармливание, 33,7% не имели его вследствие какой либо болезни ребенка, а 1,9% - вследствие болезни матери. Выявлено, что общее число умерших детей, родившихся с низкой массой тела, по всем 4-м районам составило 94,6% от общего числа детей, причем преобладающее число маловесных детей зафиксировано в Ноокатском районе (58%). В Алайском и Каракульжинском районах это количество составило 32% и 30,3% соответственно. Исключение составляет лишь Чоналайский район, где выявлено 10,3% случаев от общего числа маловесных детей по всем районам Ошской области. Лишь у 10,4% и 11,1% детей оценка состояния по шкале Апгар на 1 и 5 минуте составила 8-10 баллов.

У 51,8% новорожденных детей отмечалось наличие внутриутробной гипоксии (ВУГ) плода, причиной которой являлись многие виды акушерской патологии и экстрагенитальные заболевания матери, а также нарушения фетоплацентарной системы. Было выявлено, что из общего числа умерших детей, 64,6% родилось в состоянии асфиксии, причем в тяжелой ее степени родилось 80% детей. Наибольшее число детей, родившихся в тяжелой степени асфиксии, выявлено в Чоналайском и Ноокатском районах и составляло 53,3% и 53,8% соответственно. Анализ медицинской документации показал, что 37,5% детей не нуждались в реанимационных мероприятиях, 62,5% - нуждались. Причем мероприятия по оживлению нуждавшихся были проведены лишь у 21,5%.

Заболеваемость в раннем неонатальном периоде чаще всего предоставлена различной ВУИ, ВПР, особенно сердца, а также энцефалопатией, которая чаще всего является следствием асфиксии новорожденного или перенесенной внутриутробной гипоксии плода. У 57,4% детей имелись болезни, причем наибольшие показатели были в Ноокатском и Чоналайском районах (68,7% и 66,7% соответственно). Исключение составил лишь Алайский район, в котором описан лишь 1 случай (5,9%) наличия заболевания (табл. 3).

Таблица 3

Показатели заболеваемости в раннем неонатальном периоде (на 1000 детей)

Регионы	ВУИ	Асфиксия	Гипоксия	ВПС	Энцефалопатия
Алайский	92,1	39,5	26,3	-	13,2
Каракульжинский	70,5	185,0	83,3	25,6	64,1
Ноокатский	200	212,5	12,5	37,5	25
Чоналайский	144,6	217,3	48,5	39,8	33,6

Регионы	НМК	Недоношенность	Гипотрофия внутриутробная	Синдром дыхательных расстройств
Алайский	40	64	24	24
Каракульжинский	25	162,5	162,5	50
Ноокатский	160,3	314,1	32,0	64,1
Чоналайский	56,2	146,6	57,9	37,8

Следует отметить, что среди умерших детей Ноокатского и Чоналайского районов чаще встречались асфиксия (21,2 и 43,2% соответственно), ВУИ (20,0% и 21,6%) и врожденные пороки сердца (37,5% и 96%), чем у детей Алайского и Каракульжинского районов. Исследования показали, что медико-санитарный контроль за состоянием здоровья и развитием детей проведен только в 0,6% случаев, не было регулярных осмотров невропатологами (в 3 мес. у 0,6% детей), хирургами/ортопедами (в 3 месяца - 1,8%), ЛОР врачами (в 3 месяца - 0,6%), стоматологами (в 3 месяца - 0,6%). Сведения по другим категориям обследования в динамике жизни ребенка отсутствовали. Углубленное обследование детей при диспансеризации (ОАК, ОАМ, УЗИ и т.д.) проведено по разным медицинским организациям в 1,8% - 8,3% случаев.

Анализ данных о вакцинации детей первого года жизни показал, что 12,1% детей при рождении получили иммунизацию от вирусного гепатита, 10,9% - от туберкулеза, 10,7% - от полиомиелита, от дифтерии (АКДС I - 8,6%, АКДС II - 4,1%, АКДС III - 2,4%).

Резких различий в нервно-психическом развитии детей на 1 году жизни по территориальной принадлежности нет: к трем месяцам жизни нервно-психическое развитие лишь у 8,6% детей соответствовало возрасту, а к шести месяцам жизни - у 4,4%. Оценка показателей соответствия массы тела возрасту ребенка показала, что лишь у 10,4% детей масса тела в 3 месяца соответствовала возрасту, в 6 мес. - у 2,7%, в 9 мес. - у 0,9%. Таким образом, во всех четырех регионах снижение массы тела и роста детей отмечалось уже в первые три месяца жизни и нарастало по мере взросления детей. По результатам комплексной оценки состояния здоровья детей в первую группу, т.е. здоровую, было отнесено лишь 24,6% детей. Во вторую группу вошло 14,0% детей в третью - 22,0% и в четвертую - 39,5%. В Каракульжинском районе 11,8% детей вошли в группу здоровых, тогда как в Чоналайском районе таковой группы не было.

Оценка состояния здоровья детей также показала, что лишь 17,4% из них не нуждались в диспансерном наблюдении, 56,5% - нуждались в наблюдении по состоянию здоровья и 26,1% - нуждались в наблюдении по социальным показаниям. Известно, что активное медицинское наблюдение за беременными способствует предупреждению у них проявлений акушерской патологии и экстрагенитальных заболеваний, способствует снижению риска младенческой смертности. Врачебная оценка медицинской документации выявила, что в

целом по 4-м районам Ошской области имелся высокий показатель охвата женщин наблюдением специалистами ЦСМ или ГСВ - 97,8%.

Риск возникновения разных видов акушерской патологии возрастает при наличии, каких либо экстрагенитальных заболеваний. Как видно из таблицы 4, все изученные матери имели какой либо вид экстрагенитальной патологии.

Так, наиболее часто у женщин отмечались: анемия (99,1%), болезни мочеполовой системы (85,8%), органов эндокринной системы (70,1%), органов пищеварения (10,9%). Заболевания системы кровообращения, проявляющиеся чаще всего гипертонической болезнью и пороками сердца, встречались в 1,4% случаев. Часто имело место сочетание нескольких заболеваний у одной женщины.

Таблица 4

Распространенность экстрагенитальной патологии (%)

Район	Нет экстрагенитальной патологии	Анемия	Б-ни эндокринной системы	Б-ни нервной системы	Б-ни системы кровообращения	Б-ни органов дыхания	Б-ни органов пищеварения	Б-ни органов мочевыделения	Инфекционные б-ни в анамнезе
Алайский	0,0	97,4	89,7	0,0	0,0	0,0	2,6	87,2	0,0
Каракульжин.	0,0	84,6	35,9	2,6	2,6	0,0	0,0	71,8	0,0
Ноокатский	0,0	99,2	75,4	1,6	0,8	0,8	10,7	83,6	0,8
Чоналайский	0,0	100,0	41,2	0,0	5,9	0,0	52,9	100,0	17,6
ВСЕГО	0,0	99,1	70,1	1,4	1,4	0,5	10,9	85,8	1,9

Исследования показали, что в анамнезе женщин первое место в исходах беременностей занимали срочные роды (43,7%). Закончились преждевременно или были прерваны по социальным или медицинским показаниям у 3,8%, 5,5% и 3,5% женщин соответственно.

Результаты анализа особенностей становления менструальной функции, а также наличия гинекологических заболеваний показали, что у женщин, живущих в Ноокатском районе (14,8%), чаще, чем в других районах наблюдались различные виды нарушения менструального цикла. В Чоналайском районе уровень гинекологической заболеваемости воспалительного (58,8%) и невоспалительного характера (5,9%) оказался выше, чем в других районах. В структуре гинекологических заболеваний первое место занимали воспалительные - 35,1%, второе место - невоспалительные (1,4%) заболевания, третье - нарушения менструального цикла (0,9%), затем - другие виды заболеваний женских половых органов (0,5%). Экстрагенитальные заболевания повышают риск младенческой смертности.

При проведении оценки медицинской документации было выявлено, что интергенетический интервал менее 2-х лет встречался в - 64,2% случаев.

Интервал в 2-4 года был у 30,6% и у 4,4% женщин он составил от 4 до 6 лет. Необходимо отметить, что это явление характерно для женщин всех 4-х районов, особенно Чоналайского (84,6%) и Каракульжинского (66,7%).

Установлено, что течение беременности у всех обследованных женщин имело то или иное осложнение. Так, в структуре осложнений беременности первое место занимала анемия (78,7%), второе – угроза прерывания беременности (27,5%), третье – различные виды позднего гестоза (23,5%), которые преобладали в Ноокатском районе, и встречались в 10 раз выше, чем в Алайском. Наиболее высокий показатель осложнения в виде рвоты у беременных выявлен у женщин в Чоналайском районе (23,5%).

Анализ исхода данной беременности показал, что у 71,6% женщин роды произошли раньше срока, причем у 14,7% - они были ранними, а у 56,7% из них – преждевременными. Роды в срок отмечены лишь у 23,7% женщин, в то время как у 4,3% беременность закончилась запоздалыми родами.

Сравнительный анализ между районами показал, что наибольшее число преждевременных и ранних родов наблюдалось в Алайском (79,5%) и Ноокатском (69,2%) районах.

Выявлено, что лишь 3,8% родов протекали без осложнений. 19,4% родов осложнились несвоевременным разрывом плодных оболочек, у 61,1% женщин они были преждевременными, у 14,7% - затяжными, у 16,6% - затрудненными, у 6,2% обнаружено патологическое состояние пуповины, у 1,4% произошли разрывы промежности, у 11,4% - ПОНРП, у 18% роды осложнились послеродовым кровотечением.

Таким образом, изучение медико-социальных характеристик случаев младенческой смертности, выявило значительное число факторов, негативно влияющих на состояние здоровья матерей и детей.

Врачебная оценка каждого случая младенческой смертности включала анализ ряда медико-социальных индикаторов, влияющих на её уровень:

#### Социальный индикатор:

- характеристика семей по информированности в вопросах рождения ребенка;

#### Индикаторы медицинской помощи:

- антенатальная охрана плода;
- акушерская помощь и работа по сохранению здоровья новорожденных;
- профилактическое наблюдение за детьми на первом году жизни;
- качество лечения детей в стационаре.

В результате проведенной оценки качества оказания медицинской помощи умершему ребенку на первом году жизни выявлены дефекты в работе медицинских организаций и их причины.

Заключение о качестве оказания медико-социальной помощи семье по вышеуказанным параметрам показало в целом, что оно было удовлетворительным в 2,8% случаев, в 75,7% - неудовлетворительным и в 21,5% - суждение было затруднено.

Проведенное исследование выявило, что патологоанатомическое исследование проводилось лишь в 4,2% случаев, а в 95,8% - не проводилось.

Анализ наличия расхождения диагнозов показал, что в 4,8% случаев его не было, в 15,4% случаев имелись расхождения по основному заболеванию, в 15,4% - по осложнениям.

Установлено, что 74,5% случаев смерти детей были предотвратимы, 6,1% - непредотвратимым, в 19,4% случаев суждение было затруднено.

Подводя итоги результатов выполненного исследования можно заключить, что комплексный анализ младенческой смертности позволяет конкретизировать основные пути совершенствования медико-социальной помощи детскому населению, что будет способствовать снижению младенческих потерь и укреплению здоровья детского населения.

## ВЫВОДЫ

1. Качественная комплексная оценка случаев младенческой смертности в Ошской области позволяет констатировать ряд положительных тенденций в её динамике: установлено снижение показателя младенческой смертности с 48,2‰ в 2000 году до 41,7‰ - 2005 г. Уровни ранней неонатальной, поздней неонатальной и постнатальной смертности в 2005г. составили 11,8; 7,3 и 17,0 на 1000 родившихся живыми, соответственно.
2. Уровень младенческой смертности, рассчитанный по международным критериям живорожденности, за период времени с 2000 по 2005г. в среднем по области составил 35,3‰, а уровень мертворождаемости - 3,8‰; в большинстве районов при расчете показателя младенческой смертности по рекомендованным ВОЗ критериям уровень младенческой смертности увеличился (на 9,3% в Алайском районе, на 11% - в Ноокатском, на 39,1% - в Чоналайском) и лишь в Каракульжинском районе он снизился на 17,3%.
3. Медико-социальными факторами риска неблагоприятного исхода беременности, связанными с состоянием репродуктивного здоровья и поведения женщин являются: незапланированная беременность (23,1%), короткий интергенетический интервал (44,3%). Также наличие в анамнезе случаев младенческой смертности, употребления во время беременности лекарственных препаратов (18,5%); роды в домашних условиях; наличие у беременной экстрагенитальной патологии; возрастной период; представляющий риск для вынашивания беременности и течения родов.
4. Индикаторами социального статуса семей, отрицательно влияющими на рождение здорового потомства, являются: отсутствие моральной ответственности к созданию семьи, планированию рождения детей, низкая информированность родителей в вопросах грудного вскармливания, воспитания здорового ребенка.
5. Оценка качества медицинской помощи, оказываемая умершим детям 1 года жизни, предоставлено выявила конкретные недостатки в её организации на всех этапах медицинской помощи детям: не полный объем антенатальной

охраны плода, нарушения тактики ведения родов. Среди других недостатков отмечены также низкие показатели патронажа беременных и детей раннего возраста, низкое качество профилактического наблюдения и неполный охват иммунизацией, низкое качество стационарной помощи.

#### РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. В целях совершенствования качества медицинского обслуживания на всех уровнях учреждений здравоохранения в Ошской области рекомендуется:

- Проводить мониторинг показателей младенческой смертности с использованием международных критериев и стандартов.
- Разработать и внедрить конкретные меры по антенатальной охране плода, повышению качества медицинского обслуживания женщин репродуктивного возраста и беременных, совершенствованию квалификации акушеров-гинекологов и акушерок;
- Добиться неукоснительного выполнения рекомендаций по патронажному наблюдению за детьми в разных возрастных периодах. Способствовать повышению квалификации врачей первичного и стационарного звеньев по вопросам профилактики, диагностики и лечения основных заболеваний детей первого года жизни (для районов Ошской области это инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания, заболевания перинатального периода и врожденные аномалии).

2. В целях снижения доли влияния на уровень младенческой смертности социально-биологических факторов, деятельность медицинских специалистов должна быть ориентирована на:

- Повышение санитарной культуры населения с акцентом на уровень его информированности в вопросах ЗОЖ, подготовки семьи к планированию и рождению детей, вопросах воспитания здорового ребенка, профилактики заболеваний.
- Повышение роли медицинской общественности в формировании социальных программ развития районов, в привлечении к работе с семьями социальных работников, в активизации участия органов информации (печать, радио, телевидение) в решении медицинских проблем населения.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Актуальные проблемы младенческой смертности (обзор литературы) // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2008.-№1.-С.81-86.
2. Динамика младенческой смертности в горных условиях Кыргызской Республики в процессе реформирования системы здравоохранения // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2008.-№3-4.-С.107-110 (соавт.: Буйлашев Т.С.).
3. Отягощающие факторы течения беременности, родов у женщин, имевших случаи младенческой смертности // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2008.-№2.-С.26-30 (соавт.: Буйлашев Т.С.).
4. Влияние недоношенности и асфиксии на уровень младенческой смертности // Известия вузов. – Бишкек, 2008.-№3-4.-С.238-240 (соавт.: Буйлашев Т.С.).
5. Медико-социальные аспекты качества оказания медицинской помощи детям первого года жизни в Ошской области // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2008.-№5-6.-С.54-56.
6. Анализ факторов, приводящих к смерти детей до 1года // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2008.-№2.-С.30-33 (соавт.: Буйлашев Т.С.).
7. Медико-социальные аспекты показателей младенческой смертности // Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2008.-№3.-С.41-44.

## РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Смаиловой Д.К. на тему «Современные тенденции уровней младенческой смертности в Ошской области» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.33. – «Общественное здоровье и здравоохранение»

**Ключевые слова:** дети первого года жизни, младенческая смертность, факторы риска.

**Цель исследования:** На основе комплексного анализа динамики и причин младенческой смертности научно обосновать необходимость оптимизации программы медико-организационных мероприятий по её профилактике и снижению.

**Методы исследования:** кластерный, социологический, статистический.

**Основные результаты:** В диссертации представлен уровень младенческой смертности в сельских районах Ошской области, определенный по критериям ВОЗ по живо - и мертворождению. Подтверждено влияние социально-гигиенических и биологических факторов на уровень и структуру младенческой смертности.

Выявлен комплекс недостатков в оказании медицинской помощи детям первого года жизни. Медико-социальные факторы риска высокой смертности в различные периоды жизни ребенка могут использоваться при разработке социальных программ развития Ошской области с учетом особенностей экономического статуса районов.

**Область применения:** организации здравоохранения первичного звена, родовспомогательные учреждения и стационары.

"Коомдук ден соолук жана саламаттык сактоо" -14.00.33. адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына таланкерликке "Ош областындагы наристелер өлүмүнүн деңгээлинин заманбап тенденциялары" темасындагы Д.К.Смаилованын диссертациялык ишине

## РЕЗЮМЕ

**Негизги сөздөр:** бир жашка чейинки балдар, наристелер өлүмү, тобокел факторлору.

**Изилдөөнүн максаты:** Ош областынын айылдык райондорунда социалдык, биологиялык жана медициналык-уюштуруучулук факторлорго байланыштуу балдардын өлүмүнүн себебин жана динамикасын комплекстүү анализдөөнүн негизинде, анын алдын алуу жана төмөндөтүү боюнча медициналык-уюштуруу иш-чараларынын программаларына толуктоолорду киргизүү.

**Изилдөө ыкмалары:** кластердик, социологиялык, статистикалык.

**Негизги натыйжалар:** Диссертацияда Ош областынын айылдык райондорундагы наристелер өлүмүнүн деңгээли берилген, ал Дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун (ДСУ) тирүү жана өлүү төрөлүүлөрдүн критерийлери боюнча аныкталган. Наристелик өлүмдүн структурасына жана деңгээлине социалдык-гигиеналык жана биологиялык факторлордун таасир эткендиги далилденди. Бир жашка чейинки балдарга медициналык кызмат көрсөтүүдө кетирилген кемчиликтер жыйындысынын бети ачылган. Баланын өмүрүнүн ар кайсы учурундагы өлүмдүн жогорку тобокелдигинин медико-социалдык факторлорун, Ош областындагы райондордун экономикалык статусунун өзгөчөлүктөрүн эске алуу менен, социалдык өнүктүрүү программаларын иштеп чыгууда колдонууга болот.

**Колдонуу тармагы:** алгачкы звенодогу саламаттык сактоо уюмдары, төрөткө жардам көрсөтүүчү мекемелер жана стационарлар.

**SUMMARY**

of thesis work of D.K. Smailova on the theme: "Modern tendencies of infants' mortality level in Osh region" in candidacy for an academic degree of Candidate of Medical Science in the speciality 14.00.33 - "Social Health and Public Health"

**Key words:** infants of the first year of life, infants' mortality, risk factors.

**Purpose of the research:** Based on the complex analysis and causes of infant's mortality in relation to social, biological and medical and organizational factors in rural districts of Osh region, make supplements to the programs of medical and organizational measures concerning its prevention and decrease.

**Methods of research:** cluster, social, statistical.

**Basic results:** In the thesis work is presented the level of infants' mortality in rural districts of Osh region, identified according to the criteria of World Health Organization in accordance with live birth and dead birth. The impact of socio-sanitary and biological factors on the level and structure of infants' mortality is approved. A complex of deficiency in delivery of health care to the infants of the first year of life is detected. Medical and social factors of risk of high mortality in different periods of child's life can be used in working out of social programs of Osh region development with respect to peculiarities of economic status of the district.

**Sphere of usage:** primary health care, obstetrical institutions and hospitals.