

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ Д. 14.06.318

На правах рукописи

УДК 616-053.3-036.88-058.8-082+
312.1/2+616-037

КОШМУРАТОВ АЛИМЖАН ГАФАРОВИЧ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ И ЕЕ
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

14.00.09. – педиатрия

14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2007

2007-18
14
12

Работа выполнена в Национальном Центре педиатрии и детской хирургии

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор

Т.С. Буйлашев

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Т.И. Покровская

доктор медицинских наук

Б.А. Абилов

Ведущая организация:

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова (г.Алматы).

Защита диссертации состоится «22» февраля 2007г. в 13 часов на заседании диссертационного совета Д.14.06.318 при Национальном Центре педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального Центра педиатрии и детской хирургии

Автореферат разослан “___” _____ 2007 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б.Фуртикова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Современные тенденции состояния здоровья детей первого года жизни характеризуются существенными различиями в уровне показателей заболеваемости и смертности, как в отдельные периоды жизни, так и в различных климато-географических зонах. Действие одних и тех же факторов риска смерти ребенка на первом году жизни проявляется по-разному. Выявление факторов риска и их предупреждение является основным резервом снижения младенческой смертности. Это диктует необходимость регионального подхода к анализу факторов, ведущих к летальному исходу заболеваний у детей первого года жизни, разработки мероприятий по совершенствованию лечебно-профилактической помощи и снижению уровня младенческой смертности. В связи с этим проблема изучения младенческой смертности остается актуальной и в настоящий период.

Статистические данные показывают, что, несмотря на повсеместное снижение уровня младенческой смертности, темпы его снижения в Кыргызской Республике за последние годы значительно замедлились.

С другой стороны, в нашей республике до 2003 года критерии определения живорожденности отличались от международных стандартов, создавая тем самым серьезные проблемы в отношении мониторинга тенденции младенческой и детской смертности. Показатель младенческой смертности в 1997 году был 28,6‰, тогда как по международным критериям, полученным в рамках Программы Медико-Демографического исследования Кыргызстана 1997 года, этот показатель составил 61‰.

Исследования, проведенные 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, Буйлашев Т.С., 2001).

Однако в последние годы в республике не проводилось комплексных динамических наблюдений за тенденциями основных демографических процессов (рождаемость, младенческая смертность), основанных на международных критериях и стандартах.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами. Настоящее исследование выполнялось в соответствии с научной программой и проблемно-тематическим планом НИР отделения медико-социальных исследований Национального Центра педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, № государственной регистрации 0002888.

Целью исследования явились комплексное изучение причин младенческой смертности в зависимости от социальных, биологических и медико-организационных факторов в различных регионах Кыргызской Республики, разработка критериев прогноза смерти детей первого года жизни и

программы медико-организационных мероприятий по их профилактике.

Задачи исследования:

1. Определить современные тенденции уровней младенческой смертности (перинатальной, неонатальной, постнеонатальной) с учетом использования критериев ВОЗ при определении живо- и мертворождений в различных регионах Кыргызской Республики.

2. Оценить факторы «риска» смерти детей первого года жизни в различных регионах Кыргызской Республики.

3. Определить роль семьи, её социально-гигиенического статуса в формировании здоровья детей первого года жизни в разные возрастные периоды (неонатальный, постнеонатальный).

4. Разработать научно обоснованную программу по снижению младенческой смертности в Кыргызской Республике.

Научная новизна:

• Установлено, что уровень младенческой смертности с учетом критериев ВОЗ по определению живорожденности в целом по Кыргызской Республике за период с 2000 по 2001 годы составил 24,9%, что на 13,2% выше официальных данных.

• Подтверждена негативная роль социального неблагополучия и нарушений медицинского контроля в формировании здоровья детей, при этом впервые конкретизирована прогностическая значимость различных факторов риска младенческой смертности, что стало научным обоснованием для разработки оценочно-прогностических таблиц.

• Установлено, что реформирование системы здравоохранения не привело к обеспечению достаточной по объему и качеству лечебно-профилактической помощи детям первого года жизни, что подтверждается низким уровнем патронажных наблюдений, высоким уровнем заболеваемости детей и младенческой смертности.

Практическая значимость полученных результатов

• Для практического здравоохранения разработаны оценочно-прогностические таблицы риска смерти детей первого года жизни, позволяющие формировать группы наблюдения для профилактики заболеваемости детей, индивидуального прогнозирования и предупреждения младенческой смертности.

• Обоснованы важнейшие направления в совершенствовании медицинского обслуживания детей, суть которых состоит в ряде аспектов:

- необходимость проведения регулярного мониторинга уровня младенческой смертности;
- совершенствование процесса подготовки семейных врачей и последующего повышения их квалификации по вопросам диагностики и профилактики заболеваний детей раннего возраста;

- необходимость повышения качества патронажных наблюдений;
- увеличение объема и качества работы по повышению санитарной культуры населения, формированию у них стремления к здоровому образу жизни, с выделением вопросов планирования семьи, контрацепции и предупреждения младенческой смертности.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Уровень рождаемости, младенческой смертности в Кыргызской Республике за последние годы снизился. Показатель младенческой смертности, рассчитанный по критериям ВОЗ, составил за период с 2000 по 2001 годы 24,9%, что на 13,2% выше данных Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (21,6 %).

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

3. Наиболее значимыми медико-социальными детерминантами неблагоприятного исхода на первом году жизни детей являются неудовлетворительные санитарно-гигиенические знания родителей, низкая медицинская активность населения.

Личный вклад соискателя. Основной объем исследования, включающий комплексные социально-гигиенические исследования, системный анализ состояния педиатрической службы, разработку научно обоснованных мероприятий по снижению уровня младенческой смертности, выполнен и обработан лично диссертантом, в результате чего сформулированы заключения и выводы по работе.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на первом съезде педиатров и детских хирургов Кыргызской Республики (Бишкек, 2005), международном семинаре «2-ой Круглый стол по разработке стратегии развития сектора здравоохранения на 2006-2010 годы» (Бишкек, 2005), заседании научного отдела Национального Центра педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (Бишкек, 2006); заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при диссертационном совете Д.14.06.318 Национального Центра педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2006).

Внедрение. Изданы методические рекомендации «Новые методы финансирования стационарных лечебно-профилактических учреждений» (Бишкек, 1999), «Оценочно – прогностическая таблица перинатального риска» (Бишкек, 2006)

Материалы данной НИР были использованы при разработке

Национальной программы реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» (2006-2010гг.), в частности, в приоритетном направлении «Охрана материнства и детства», раздел 4.3.4.1 «Снижение показателей материнской и детской смертности за счет увеличения охвата медицинскими услугами, имеющими доказательную основу».

Разделы Национальной программы реформирования здравоохранения в Кыргызской Республике «Манас таалими» (2006-2010гг.) внедрены в учебный процесс медицинских училищ, кафедры управления и экономики здравоохранения КГМИ переподготовки и повышения квалификации, кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения КГМА.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 13 статей, 2 методические рекомендации.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 187 страницах текста компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, выводов, рекомендаций для практического здравоохранения, указателя литературы, приложения. Работа иллюстрирована 96 таблицами и 4 рисунками. Библиографический указатель содержит 250 источников, из них 118 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Базой для проведения исследований был выбран областной уровень, как относительно типичное региональное разделение Кыргызстана.

Первая часть исследования была направлена на то, чтобы оценить уровень младенческой смертности и представить отдельные оценки по сельской и городской местности по семи областям и городу Бишкек. Стратификация является обычным делом при разработке выборки. В нашем исследовании были выбраны две страты - сельское и городское население Кыргызской Республики по областям (табл. 1).

Таблица 1

Численность сельского и городского населения Кыргызской Республики в разрезе областей (тыс. чел.)

Обследованные территории	Городское	Сельское	Всего
Таласская область	33,520	166,352	199,872
Чуйская область	169,233	605,682	774,915
Иссык-Кульская область	125,460	287,689	413,149
Нарынская область	45,627	203,488	249,115
Жалалабатская область	200,752	668,507	869,259
Ошская область	272,490	903,508	1,175,998
Баткенская область	100,234	282,192	382,426
г. Бишкек	758,204	-	758,204
Кыргызская Республика	1,705,520	3,117,418	4,822,938

Источник: перепись населения КР (1999 год)

Расчет размера выборки основан на предполагаемом уровне младенческой смертности при использовании оценок, приведенных в Программе Медико-Демографического исследования Кыргызстана 1997 года (городская местность = 5,4; сельская местность = 7,0).

Подходящим методом для данного исследования представлялся дизайн кластерной выборки. Кластерная выборка требует использования эффекта дизайна (DE)1 из 2.

Размер выборки рассчитан на основе следующей формулы:

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}, \text{ где}$$

N – численность всего населения,

z - стоимость (в соответствии с уровнем доверия),

d - абсолютная точность,

p - ожидаемые пропорции в составе населения,

p - эффективно: p * эффект дизайна.

Размер выборки, требуемый для того, чтобы оценить уровень младенческой смертности с абсолютной точностью в 2%, при уровне доверительности в 95%, при предположении 10% потери выборки, используя эффект дизайна = 2 и оцененное население, которое было получено из имеющейся демографической информации (перепись населения КР, 1999 год), составил 4,822,938 человек

Учитывая то, что в городской местности в среднем на домовладение приходится 3,5 человека, а в сельской местности – 4,9 человек (перепись населения КР, 1999 год), а также то, что доля детей в возрасте до пяти лет составляет 8,7% для городской местности и 12,8% для сельской местности, количество детей в возрасте до пяти лет на одно домовладение составляет 0.3 (=3.5*0.087) для городской местности и 0.63 (=4.9*0.128) для сельской местности, для поиска требуемых лиц необходимо исследовать 3,593 (=1,078/0.3) городских и 2,182 (=1,375/0.63) сельских домовладений.

Учитывая размер кластера в 30 домовладениях, общее количество кластеров составляет: - для городской местности – 120,

- для сельской местности – 72.

Вторая часть исследования направлена на изучение всех случаев младенческой смертности в организациях здравоохранения г.Бишкек, Чуйской и Ошской областей, оценку медико-демографических и социально-гигиенических характеристик семей, особенностей образа жизни и условий

1 Эффект дизайна представляет из себя предвзятость дизайна выборки за счет отбора предметов, результаты которых не являются самостоятельными. Это может привести к более низкому отклонению от оценки, потому что предметы, скорее всего, будут похожими в отношении исследуемого фактора, чем если бы они были выбраны наугад. Эффект дизайна может быть оценен по кластерной выборке как только будет закончено обследование, но учтен он должен быть после того как рассчитан размер образца. Эффект дизайна 1 (что значит нет эффекта) при использовании обычной случайной выборки или непредвзятой систематической выборки. При использовании кластерной выборки эффект дизайна колеблется в соответствии с изучаемым фактором.

воспитания ребенка в семье для определения значимости отдельных факторов на исход и прогноз развития детей.

Объектом исследования послужили семьи детей, умерших на первом году жизни, а также полные комплекты медицинской документации (основная группа). Контрольную группу составили живые дети первого года жизни.

Основная группа (ОГ) сформирована из детей первого года жизни, умерших на первом году жизни. Контрольная группа (КГ) сформирована методом «копии-пара» по нескольким признакам: год и место рождения, обслуживание одной и той же медицинской организацией на протяжении первого года жизни, проживание семьи ребенка в исследуемом районе не менее 5 лет. Основным признаком различия исследуемой единицы наблюдения и контрольной копии-пары послужил неблагоприятный исход на первом году жизни.

При решении конкретных задач единица наблюдения соответственно менялась: ребенок первого года жизни, его семья, медицинский работник.

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 основной группы и сравниваемой с ней семьи контрольной группы, формирующих состояние здоровья детей, воспитывающихся в них;
3. Экспертная 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.

II. Карта медико-социальной оценки состояния здоровья детей первого года жизни, состоящая из 5 разделов.

III. Анкета опроса матери, включающая социально-гигиеническую характеристику семьи по 93 вопросам, в том числе большой круг дополнительных сведений о составе семьи, образе жизни, санитарной грамотности, отношении матери и членов ее семьи к личности социального работника и его работе и т.д.

В исследовании использовано сочетание сплошного и выборочного методов наблюдения. Особенностью методики настоящего исследования является многоэтапность и многоступенчатый отбор материала.

Данное комплексное исследование осуществлялось в несколько этапов. На первом этапе исследования был проведен динамический анализ основных

демографических процессов: показателей рождаемости и младенческой смертности в республике.

На втором этапе было осуществлено анкетирование методом качественного исследования случаев младенческой смертности.

Третий этап включал в себя набор материала исследования по всем случаям младенческой смертности в организациях здравоохранения г.Бишкек, Чуйской и Ошской областей, который проводился по серийно-гнездовому методу. Из архивов организаций здравоохранения при непосредственном участии главных медицинских сестер и архивариев проведена по сплошному методу выборка медицинской документации на каждый случай младенческой смертности. После соответствующего контроля за полнотой заполнения и качества оформления в разработку поступило 292 комплекта первичных учетных документа (основная группа). В объеме программы проведена выкопировка сведений. Следующим разделом данного этапа была выборка медицинской документации на каждого живого ребенка, прожившего первый год, т.е. проспективное наблюдение детей до 1 года жизни, родившихся с массой тела 3000 гр. и более – 190 комплектов первичных учетных документов (контрольная группа).

На четвертом этапе проведены шифровка, первичная счетная обработка, сводка, составление макетов таблиц в объеме полученных данных и заполнение их абсолютными величинами, а также контроль качества выполнения предыдущих этапов исследования, компьютерная обработка и анализ полученных данных.

В соответствии с программой исследования применены различные методы сбора информации, включающие комплексную оценку медицинских осмотров, изучение медицинской документации, выкопировку данных на специально разработанные карты, заполнение специально составленных карт опроса и анкет, данные посемейного обследования, данные опроса-интервью матери, медицинского работника, экспертную оценку сведений.

Анализ физического развития изучаемой когорты проводился с учетом показателей основных соматометрических параметров с использованием таблиц непараметрического типа - перцентильные (P) отклонения.

Нервно-психическое развитие детей изучалось по данным первичной медицинской документации и во время специально организованных медицинских осмотров. Применялся метод скрининга развития детей, предложенный Медицинским Центром Канзасского университета США.

Уровень заболеваемости детей изучался по данным обращаемости, госпитализации, результатам комплексных осмотров, что позволило выявить наиболее исчерпывающий уровень заболеваемости.

Анализ заболеваемости проводился согласно Международной классификации болезней X пересмотра.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась путем распределения детей на 5 групп здоровья.

При изучении социально-гигиенических и медико-демографических факторов использованы общепринятые методики.

Экспертная оценка качества оказанной медицинской помощи изучаемым семьям проводилась в соответствии с критериями, изложенными в методическом пособии «Система медико-социальной помощи семьям группы риска» (1994).

Уровень проведенной санитарно-просветительной работы и обучение практическим навыкам оценивались непосредственно у каждой матери путем опроса ее знаний, демонстрации практических навыков, учетом обращения за медицинской помощью с момента заболевания ребенка.

Оценка состояния здоровья детей из изучаемых семей проводилась путем сравнительного сопоставления здоровья детей в динамике их развития.

Вся информация собиралась, поэтапно пополнялась и окончательно анализировалась методом подбора «на лицо».

Информационной базой явились медицинская документация («Индивидуальная карта беременной»- ф-111/у, «Индивидуальная карта развития ребенка»- ф-112/у, «Карта амбулаторного больного»- ф-025/у), результаты непосредственного медицинского осмотра ребенка, беседа с матерью, посещение детей на дому, беседа с медицинскими работниками организаций здравоохранения.

Статистическая обработка проводилась путем вычисления относительных показателей, средних величин и измерения связи (корреляции). Кроме того, по ряду показателей проводился однофакторный дисперсионный анализ. Определение достоверности полученных результатов проводилось путем вычисления критерия Стьюдента, показателя парной корреляции и определения критериев относительного риска.

Результаты собственных исследований

Установлено, что за период с 2000 по 2001 гг. уровень младенческой смертности составил 24,9 на 1000 родившихся. Показатели неонатальной и постнатальной смертности - 12,9 и 12,0 на 1000 соответственно (табл. 2, 3).

Таблица 2

Уровень младенческой смертности в течение двухлетнего периода, предшествующего исследованию

Годы, предшествующие исследованию	Календарный период	Неонатальная смертность	Постнатальная смертность	Младенческая смертность
0-2	2000-2001	12,9	12,0	24,9

Результатами исследования установлены незначительные различия в частоте неблагоприятного исхода заболеваний детей первого года жизни в постнатальном периоде. Так, в этом периоде их умерло 48,1%, что меньше, чем в неонатальном периоде - 51,8%.

Распределение случаев младенческой смертности в разрезе областей

Наименование областей	абс.	%
Таласская область	1	3,7
Чуйская область	2	7,4
Иссык-Кульская область	5	18,5
Нарынская область	7	25,9
Жалалабатская область	4	14,8
Ошская область	5	18,5
Баткенская область	3	11,1
г. Бишкек	-	-
Кыргызская Республика	27	100,0

Показатели смертности в зависимости от местожительства не отличались между собой. Уровень смертности в городской местности составил 51,8% против 48,1% - в сельской.

В целом, по данным Министерства здравоохранения КР, отмечалось снижение показателя младенческой смертности с 22,8 на 1000 в 2000 году до 21,6 на 1000 в 2001 году. Согласно данным нашего исследования снижение младенческой смертности отмечалось на 5,3% за этот период. Эти данные указывают на улучшение выживаемости младенцев в последние годы в Кыргызстане (рис. 1).

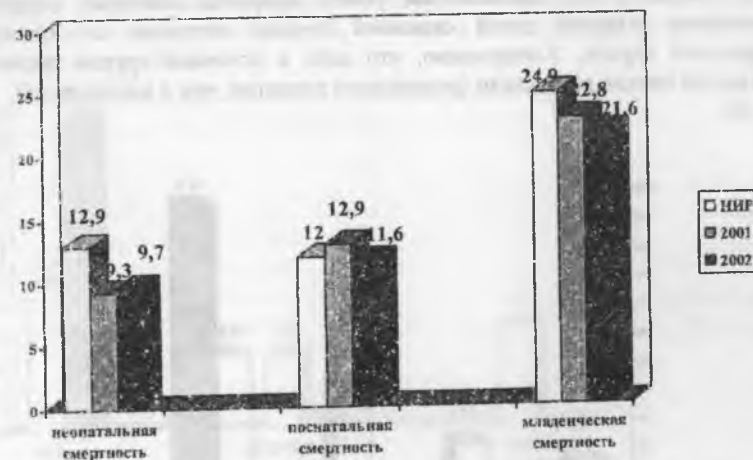


Рисунок 1. Уровень младенческой смертности по данным исследования и официальной статистики Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Необходимо отметить, что показатель младенческой смертности по данным нашего исследования на 13,2% выше, чем по данным Минздрава. Отличие полученных нами показателей от официальных отражает различия в критериях оценки живорожденности и младенческой смертности, а также вариабельность статистической выборки. Некоторые случаи, которые классифицировались как поздние выкидыши в официальной статистике Кыргызской Республики, в нашем исследовании, согласно критериям ООН, расценены как случаи живорождения или младенческой смертности.

На последующем этапе проведен научный анализ состояния здоровья детей 1 года жизни в г.Бишкек, Чуйской и Ошской областях.

В данном исследовании получены медико-социальные аспекты причин младенческой смертности. Эта информация имеет важное значение для последующего анализа и выработки рекомендаций по снижению показателей младенческой смертности, поскольку медико-демографические параметры в значительной степени влияют на исход и прогноз состояния здоровья детей.

Важным критерием состояния здоровья новорожденного является гестационный возраст и масса тела при рождении. Частота рождения детей с массой тела менее 2500,0 чаще встречалась в основной группе (54,5%) по сравнению с контрольной (3,2%). В основной группе частота преждевременных родов зарегистрирована в 10 раз выше, чем в контрольной (20,5% и 2,1%, соответственно).

Изучение особенностей физического развития детей на первом году жизни показало, что ежемесячные темпы прироста основных параметров физического развития детей основной группы отставали от таковых в контрольной группе. Установлено, что дети в основной группе достоверно чаще имели низкие показатели физического развития, чем в контрольной (рис. 2).

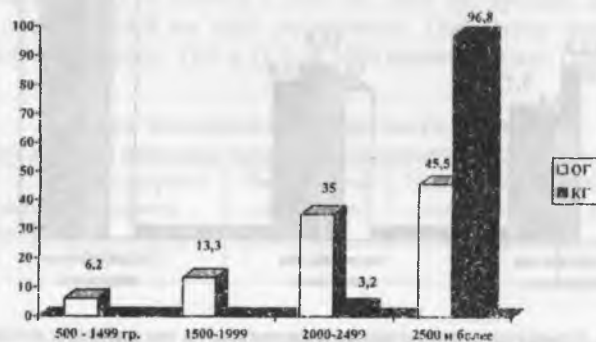


Рисунок 2. Показатели массы тела при рождении детей основной и контрольной групп (%)

В г.Бишкек разница в массе тела между детьми основной и контрольной групп составила от 700г (в 1 мес. жизни) до 2500г. (в 9 мес. жизни). В Чуйской области отмеченные выше тенденции сохранялись. Дефицит массы тела в основной группе к 6 месяцам жизни составил 1600г., а в Ошской области - 1450г.

Значительная часть изучаемого контингента детей, как основной, так и контрольной групп, имела различные признаки пониженного питания, однако в основной группе доминировали отчетливые и значительные признаки гипотрофии (II, III степень), в контрольной - легкие ее проявления. Причиной этому послужил ранний перевод детей на искусственное вскармливание, который достоверно чаще встречался в группе умерших детей, чем среди детей, переживших первый год жизни. Наше исследование подтвердило ранее описанную закономерность негативного влияния искусственного вскармливания детей первого года жизни на уровень младенческой смертности.

Оценка особенностей нервно-психического развития детей показала, что в исследуемых группах отмечалась высокая распространенность отклонений в психомоторном развитии, которые, по нашему мнению, во многом определялись высокой частотой постгипоксического поражения центральной нервной системы. Так, при рождении 54,1% детей основной группы и 3,7% детей контрольной группы находились в состоянии депрессии, причем 30,8% детей основной группы имели тяжелую степень асфиксии (рис. 3). Грубая задержка с нервно-психическими отклонениями на первом году жизни в нервно-психическом развитии детей, описанная в литературе, подтверждается нашими исследованиями.

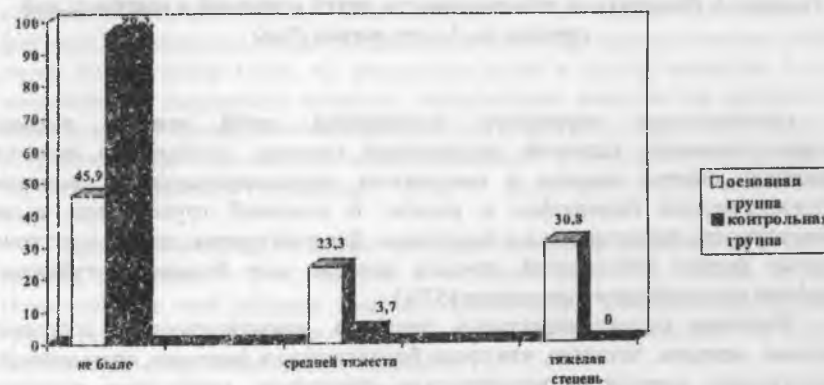


Рисунок 3. Показатели наличия асфиксии при рождении у детей основной и контрольной групп (%)

Характеристика состояния здоровья детей включала также анализ заболеваемости. Выявлен высокий уровень заболеваемости детей изучаемых групп (2638‰ в основной группе г.Бишкек и 710‰ в контрольной) (рис.4). Отмечено значительное преобладание VIII - класса МКБ (болезни органов дыхания) в изучаемых группах. Установлено, что 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.

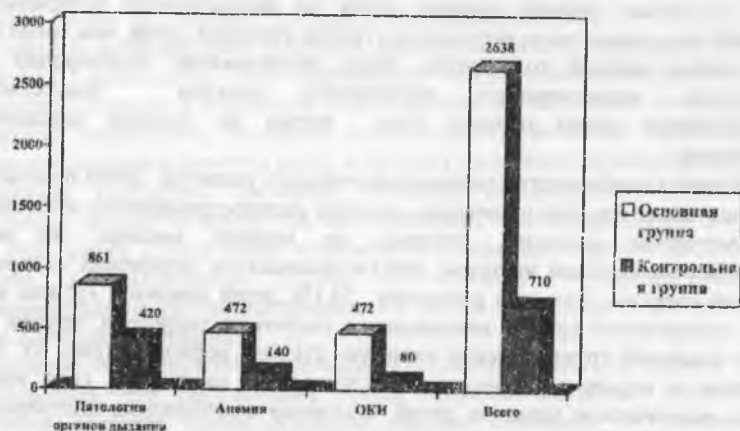


Рисунок 4. Показатели заболеваемости детей основной и контрольной группы на 1 году жизни (‰)

Особенностью изучаемого контингента детей явилась высокая распространенность болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ и иммунитета, характеризующихся высоким распространением гипострофии и рахита. В основной группе была выше заболеваемость инфекционными болезнями. Для этой группы детей характерны тяжелые формы заболеваний, течение которых еще больше усугублялось наличием преморбидного состояния (67%).

Изучение медико-социальных факторов, характеризующих состояние здоровья женщин, показало, что среди биологических факторов, оказывающих существенное влияние на младенческую смертность, необходимо выделить возраст матери. Самым неблагоприятным в отношении риска смерти ребенка являются, так называемые, «юные матери» (ОР = 8). Выявлены факторы риска смерти детей от состояния здоровья матери. Ведущее значение имеет наличие анемии у матери во время беременности (ОР = 10).

Обращает на себя внимание высокая частота нарушений акушерского анамнеза. Сочетание отягощенного акушерского анамнеза, осложнений течения беременности и перенесенные в период беременности заболевания у матери приводят к более выраженной патологии плода и ребенка при рождении, которые достоверно чаще наблюдались среди умерших детей. Эти факторы, по нашему мнению, способствовали тому, что среди детей, умерших на первом году жизни, чаще были недоношенные дети, чем среди аналогичной группы детей, переживших первый год жизни. Вероятность смерти при недоношенности ребенка и массе тела менее 2500,0 увеличивалась в 9 раз. При оценке по шкале Апгар на 5 минуте ниже 4 баллов вероятность неблагоприятного исхода увеличивалась в 8 раз.

Обследование семей изучаемых групп показало, что в семьях умершего ребенка наблюдался неблагоприятный психологический микроклимат: в 3 раза чаще отмечались ссоры между родителями, в 9 раз чаще женщины пережили эмоциональный стресс во время беременности.

Установлена большая медицинская пассивность женщин в основной группе. Так, поздняя явка к врачу по поводу беременности в 3 раза чаще наблюдалась среди умерших детей. В основной группе процент детей, находящихся на искусственном вскармливании, был выше, чем в контрольной. Относительный риск смерти при этом составил 4.

Установлено, что в 70,3 % случаев смерть детей была предотвратима, в 22,3% - условно предотвратима, в 3,7% - непродотвратима, а в 3,7% случаев суждение было затруднено.

Таким образом, проведенный анализ позволил выявить комплекс факторов риска смерти детей первого года жизни, характер и долю влияния социально-гигиенических, биологических и медико-организационных факторов, на основе которых разработана оценочно-прогностическая таблица риска смерти детей (табл. 4). Выделение детей в группу внимания и риска младенческой смертности позволит своевременно взять их на диспансерное наблюдение и провести комплекс профилактических мероприятий. Выявлены устранимые причины медико-организационного и социально-гигиенического характера, играющие решающую роль в снижении уровня младенческой смертности.

Диапазон всех неблагоприятных факторов риска разделен на 2 группы: группы внимания - 1-12 баллов и высокого риска 13 баллов и выше. Использование этой таблицы поможет практическим врачам в формировании групп риска и организации дифференцированного наблюдения за ними в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оценочно-прогностическая таблица риска смерти детей первого года жизни

Таблица 4

№	Факторы	Баллы
I. Социально-гигиенические		
1.	Эмоциональный стресс во время беременности	9
2.	Плохие жилищные условия	6
3.	Частичное использование дородового отпуска	5
4.	Частичное использование послеродового отпуска	5
5.	Многодетная семья	4
6.	Незарегистрированный брак	4
7.	Тяжелый физический труд женщины	3
8.	Частые ссоры в семье	3
9.	Проживание с родственниками	3
10.	Социальное положение: фермер	2
11.	Одинокая	2
12.	Неиспользование дородового отпуска	2
II. Биологические		
13.	Возраст матери до 19 лет	8
14.	Срок беременности к родам: 28-31 неделя	2
	32-34	9
	35-37	4
15.	Масса тела при рождении: 2000-2499 г.	9
	2500-2999 г.	3
III. Клинические		
16.	Наличие хронических заболеваний у ребенка	13
17.	Анемия матери	10
18.	Искусственное вскармливание	4
19.	Заболевания во время беременности	3
20.	Развитие внутриматочной инфекции	3
21.	Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте 4-5 бал.	3
	на 5-й минуте 4-5 бал.	8
IV. Медико-организационные		
22.	Поздняя явка к врачу по поводу беременности (с 28 недели беременности)	3

Выводы

1. Уровень младенческой смертности в Кыргызской Республике, рассчитанный по международным критериям живорожденности, в 2001 году составил 24,9‰, что на 13,2% выше официальных данных (21,6‰), показатели неонатальной и постнатальной смертности составили соответственно 12,9 и 12,0 на 1000 родившихся.

2. Наиболее значимыми медико-демографическими факторами риска младенческой смертности являются наличие в анамнезе семьи смертности детей, в том числе неоднократной, рождение в домашних условиях, низкий социальный статус семей.

3. С помощью мини-социологического обследования выделен ряд социально-гигиенических факторов, негативно влияющих на уровень младенческой смертности: низкий уровень ухода за ребенком, недостаточная длительность грудного вскармливания, необоснованное употребление во время беременности лекарственных препаратов.

4. Оценка объема и качества лечебно-профилактической помощи детям первого года жизни позволяет констатировать неудовлетворительный уровень эффективности существующей системы медицинского обслуживания на уровне ЦСМ, ГСВ и стационаров, что является обоснованием для разработки мер по повышению результативности их деятельности.

Рекомендации для практического здравоохранения.

1. Проводить регулярный мониторинг уровня и причин младенческой смертности на всех уровнях медицинского обслуживания.

2. Для формирования групп риска по вероятности младенческой смертности использовать оценочно-прогностические таблицы (Бишкек, 2006г.)

3. Регулярно проводить курсы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам патронажа детей первого года жизни, профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания, заболеваний перинатального периода.

4. В работе с населением приоритетное место следует отдавать санитарной культуре, пропаганде здорового образа жизни и медицинской грамотности населения по вопросам ухода за детьми раннего возраста, используя при этом разнообразные формы просвещения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Изменения в финансировании больниц широкого профиля Чуйской области //I конгресс врачей Кыргызской Республики, IV конференция по программе «Манас»: Сб. науч. тр. - Бишкек. - 1998. - С. 33-35 (соавторы К.К.Кожокеев, С.Т.Аппакова)

2. Система финансирования стационаров по пролеченному случаю //I конгресс врачей Кыргызской Республики, IV конференция по программе «Манас»: Сб. науч. тр. - Бишкек. - 1998. - С. 33-35 (соавторы К.К.Кожобеков)
3. Роль АБ КР в процессе реформирования сектора здравоохранения //I конгресс врачей Кыргызской Республики, IV конференция по программе «Манас»: Сб. науч. тр. - Бишкек. - 1998. - С. 33-35 (соавтор К.К. Кожобеков)
4. Новые методы финансирования стационарных лечебно-профилактических учреждений: Методические рекомендации. - Бишкек, 1999. 19 с. (соавторы Н.К.Касиев, М.М.Каратаев, С.Т.Аппакова, К.К.Кожобеков, К.А. Джемуратов, А.К.Абдывалиев)
5. Интегрированное ведение болезней детского возраста и улучшение практики в семье и общине в Кыргызстане //Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане. - Бишкек. 2003. С. 143-149 (соавторы Л.С.Землянухина, Т.Т. Абдылдаев, Н.Р.Керимова, О.И.Лисицына)
6. Роль «Интегрированного ведения болезней детского возраста» в реформе системы здравоохранения в Кыргызстане //Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане. - Бишкек. 2003. С. 149-153 (соавторы Л.С.Землянухина, Т.Т. Абдылдаев, Н.Р.Керимова)
7. Обоснование «Интегрированного ведения болезней детского возраста» для Кыргызстана //Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане. - Бишкек. 2003. С. 153-159 (соавторы Л.С.Землянухина, Т.Т.Абдылдаев, О.И.Лисицына)
8. Адаптация учебных материалов «Интегрированного ведения болезней детского возраста» в Кыргызстане //Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане. - Бишкек. 2003. С. 160-165 (соавторы Л.С.Землянухина, Т.Т.Абдылдаев, О.И.Лисицына)
9. Координация и планирование «Интегрированного ведения болезней детского возраста» в Кыргызстане //Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане. - Бишкек. 2003. С. 171-177 (соавторы Л.С.Землянухина, Т.Т.Абдылдаев, Г.М.Субанбаева)
10. Внедрение «Интегрированного ведения болезней детского возраста» в Кыргызстане //Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане. - Бишкек. 2003. С. 177-183 (соавторы Л.С.Землянухина, Т.Т.Абдылдаев, О.И.Лисицына)
11. Медико-организационные подходы по снижению младенческой смертности в Кыргызской Республике //Известия вузов. - Бишкек, №5, 2005. С.31-37
12. Методические подходы при анализе перинатальных потерь в Кыргызской Республике //Проблемы управления здравоохранением. - Москва, №4(23), 2005. С.79-84 (соавторы Ю.Р.Ланимамова, К.Д.Абдуллин, Т.С.Буйлашев, А.К.Шаршенов)

13. Вопросы профилактики младенческой и материнской смертности в программе «Манас таалими» //Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, №1, 2006. С.18-21
14. Медико-социальная оценка риска младенческой смертности в Кыргызской Республике //Реформа. - Бишкек, №6(30), 2006. С. (соавторы Н.К.Карабаева, Н.М.Насырова, Т.С.Буйлашев)
15. Оценочно-прогностическая таблица перинатального риска: Методические рекомендации. -Бишкек, 2006. (соавторы Т.С. Буйлашев, А.К.Шаршенов, К.Д.Абдуллин, Ю.Р.Ланимамова)

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Кошмуратова А. Г. на тему «Медико-социальные факторы младенческой смертности и ее прогнозирование» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.09. – «Педиатрия» и 14.00.33. – «Общественное здоровье и здравоохранение»

Ключевые слова: дети первого года жизни, здоровые, младенческая смертность, физическое и нервно-психическое здоровье, заболеваемость.

Цель исследования: Комплексное изучение причин младенческой смертности в зависимости от социальных, биологических и медико-организационных факторов в различных регионах Кыргызской Республики, разработка критериев прогноза смерти детей первого года жизни и программы медико-организационных мероприятий по ее профилактике.

Объект исследования: здоровые и больные дети первого года жизни

Методы исследования: клинические, экспертные, социологические, статистические.

Основные результаты. В диссертации представлен истинный уровень младенческой смертности, соматические показатели состояния здоровья детей первого года жизни (физическое, нервно-психическое развитие, заболеваемость). Установлены наиболее значимые медико-социальные детерминанты состояния здоровья детей первого года жизни. Предложена методика оценки риска младенческой смертности на основе медико-социальных факторов.

Область применения: педиатрия, организация здравоохранения.

14.00.09. – «Педиатрия» жана 14.00.33. – «Коомдук ден соолук жана саламаттыкты сактоо» адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражаны алуу үчүн талаптанууга «Ымыркайлардын өлүмдүүлүгүнүн медициналык-социалдык факторлору жана аны болжолдоо» темадагы А.Г.Кошмуратовдун диссертациялык ишине

РЕЗЮМЕ

Негизги сөздөр: бир жаштагы балдар, дени сак балдар, ымыркайлардын өлүмдүүлүгү, дене жана нервдик-психикалык саламаттык, ооруга чалдыгуу.

Изилдөөнүн максаты: Кыргыз Республикасынын ар кайсы региондорунда медициналык-уюштуруучулук, биологиялык жана социалдык факторлорго жараша ымыркайлардын өлүмдүүлүгүнүн себептерин комплекстүү изилдөө, бир жаштагы балдардын өлүмүн болжолдоо критерийлерин жана аларды алдын алуу боюнча медициналык-уюштуруучулук иш-чаралар программасын иштеп чыгуу.

Изилдөө объекти: бир жаштагы дени сак жана ооруган балдар.

Изилдөө методдору: клиникалык, эксперттик, социологиялык, статистикалык.

Негизги натыйжалар: Диссертацияда ымыркайлардын өлүмдүүлүгүнүн чыныгы деңгээлин, бир жаштагы балдардын ден соолугунун соматикалык көрсөткүчтөрүн (физикалык, нервдик-психикалык өнүгүшү, ооруга чалдыгуулар) баалоо берилди. Бир жаштагы балдардын ден соолук абалынын эң маанилүү медициналык-социалдык детерминанттары аныкталды. Ымыркайлардын өлүмдүүлүк коркунучун медициналык-социалдык факторлордун негизинде баалоо методикасы сунушталды.

Колдонуу жери: педиатрия, саламаттыкты сактоо уюштуруусу.

Resume

Of the dissertation of Alimjan Koshmuratov "Medikal and Social Factors of Infant Mortality and its Forecasting" for the degree of Candidate of Medical Science in Speciality 14.00.09/ -"Pediatrics" and 14.00.33. - "Public Health and Health Care".

Key words: Children of 1 year of age, healthy, infant mortality, physical and nervous-psychical (mental) health, sickness rate.

Purpose (Aim) of research: Complex study of the reasons of infant mortality depending on social, biological and medical - organizational factors in different regions of the Kyrgyz Republic, working out the criteria of forecasting the death of 1-year old children and the program of medical and organizational measures on their prevention.

Object of research: healthy and sick 1- year- old children.

Methods of research: clinical, expert, sociological, statistical.

Research results: The thesis presents the evaluation of the true level of infant mortality, somatic indices of the health of 1 year- old children (physical, nervous-psychical development, sickness rate). The most significant medical and social determinants of the health of 1-year old children. The methodology of risk assessment of infant mortality on the basis of medical and social factors is proposed.

Field of application: pediatrics, public health organization.