

1111

Министерство здравоохранения
Кыргызской Республики

Кыргызский научно-исследовательский институт
акушерства и педиатрии

На правах рукописи

Сагинбаева Динара Зарлыковна

**ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И РОЛЬ СЛУЖБЫ
СОЦИАЛЬНОГО
ПАТРОНАЖА В ЕГО УКРЕПЛЕНИИ**

14.00.09. – педиатрия,
14.00.33. – социальная гигиена,
организация здравоохранения

А в т о р е ф е р а т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2000

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии

Научные руководители:

Заслуженный деятель науки Кыргызской Республики, член-корреспондент НАН КР
доктор медицинских наук, профессор

Д. К. Кудаяров

Кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

Т. С. Буйлашев

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

С.С. Бакасов

доктор медицинских наук, профессор

Д. С. Исаев

Ведущая организация:

Казахский государственный медицинский университет им. Асфендиярова С.Д. (г. Алматы)

Защита диссертации состоится «18» мая 2000 г.
12 часов 00 минут на заседании Специализированного Совета Д14.97.63 при Кыргызском НИИ акушерства и педиатрии (720361, ГСП, г.Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии
Автореферат разослан 15.04 2000 г.

Ученый секретарь
Специализированного Совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А. Б. Фуртикова

Актуальность проблемы. Изучение проблем охраны и укрепления здоровья семьи, особенно женщин репродуктивного возраста и детей, обусловлено важной ее ролью в улучшении здоровья населения, рождении и воспитании здорового потомства, в связи с чем, имеет не только медицинскую, но и социальную значимость. Большое значение придается изучению условий и образа жизни разных семей, особенно имеющих факторы риска, поскольку разработка профилактических мероприятий должна вестись с учетом этих факторов и индивидуальных особенностей каждой семьи. Значимость проблемы повышается в условиях социально-экономического напряжения переходного периода развития республики, способствующего росту числа таких семей и требующего разработки мер по повышению эффективности оказания медико-социальной помощи детям в этих семьях.

Выявление факторов риска и их предупреждение на семейном уровне, совершенствование лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матерей и детей являются основными резервными возможностями снижения материнской и детской заболеваемости и смертности, и связано, в основном, с вопросами организации и оказания семьям группы риска медико-социальной помощи. Поиски путей решения этой проблемы в республике привели к необходимости создания, с учетом региональных особенностей, принципиально новой службы организации семьи и социального патронажа (ОС и СП). Основная задача службы заключается в профилактической работе с семьями группы риска.

Вопросам изучения влияния семейной среды на показатели здоровья, в особенности рождаемость, смертность, заболеваемость матерей и детей раннего возраста, посвящены многочисленные исследования (И.П. Каткова, 1976; Н.Г. Иваненко, 1989; К.А. Субанбаев, 1991; О.Р. Беккер, 1991; А.В. Сорокин, 1992; М.Н. Хусаинова, 1993; И.К. Денисламова, 1994; С. Дж. Боконбаева, 1994; М.М. Балыгин, 1996; О.В. Гринина, 1997; Onis de M, 1993; В.Л. Turnock, 1995 и др.).

В Кыргызской Республике не изучена роль семьи, в том числе, имеющих факторы риска, в сохранении здоровья детей. Отсутствуют сведения о социально-гигиенических и медико-демографических особенностях, условиях и образе жизни семей с учетом национальных традиций, обычаев, их влияние на состояние здоровья детей, воспитывающихся в них. Требуется научное обоснование выделения семей в группу риска и определение их потребности в медико-социальной помощи, а также характер и объем медицинской и социальной помощи.

Цель работы: разработать мероприятия по совершенствованию медико-социальной помощи сельским семьям группы риска по повышенной вероятности заболеваний и смертности на основе комплексного изучения состояния здоровья детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. Базой для проведения исследований явился Ак-Суйский район, как типичный сельский район, по своим

демографическим характеристикам относящийся к региону с высокими показателями рождаемости и младенческой смертности. Основную группу (ОГ) составили 500 детей первого года жизни из семей группы риска. Первая контрольная группа (I КГ) сформирована методом копии-пара из 499 детей первого года жизни, проживавших в этом же районе. Основным признаком различия послужило наличие наблюдения работником СП. Вторая контрольная группа (II КГ) состояла из 506 детей первого года жизни Иссык-Кульского района, где не внедрена служба ОС и СП. В исследовании использовано сочетание сплошного и выборочного методов наблюдения.

Для реализации программы составлены специально разработанные документы, состоящие из 182 вопросов, подлежащих обязательной регистрации: «Карта медико-социальной оценки состояния здоровья детей первого года жизни», «Анкета опроса матери», включающая социально-гигиеническую характеристику семьи, «Анкета опроса медицинского работника», «Анкета опроса работника социального патронажа».

В соответствии с программой применены различные методы и методики сбора информации. Это методы комплексных медицинских осмотров, изучения медицинской документации, выкопировка данных на карты, методы посемейного обследования, методы опроса-интервью матери, работника СП, медицинского работника, экспертный метод. Особенности методики исследования явились: многоэтапность и многоступенчатый отбор материала, широкое использование метода опроса - интервью матери, отражающий субъективные оценки и мнения матери о количественно выраженных показателях здоровья и некоторых факторах уровня жизни семьи, оценка которых с помощью объективных показателей методологически затруднена или практически невозможна (материальное положение семьи, жилищные условия и т.д.).

В комплексную оценку состояния здоровья входила характеристика физического, нервно-психического развития и заболеваемости детей. Физическое развитие оценивалось с учетом показателей основных соматометрических параметров с использованием таблиц непараметрического типа - перцентильные отклонения (Р) (И. М. Воронцов, А. В. Мазурин, 1980). Оценка нервно-психического развития проводилась согласно методических рекомендаций: «Контроль за нервно-психическим развитием детей раннего возраста» (1985) с выделением 4 групп развития. Заболеваемость детей изучалась по данным обращаемости, госпитализации, результатам комплексных медицинских осмотров, что позволило выявить наиболее исчерпывающий ее уровень. При анализе заболеваемости использовалась Международная классификация болезней IX пересмотра (1975).

Комплексная оценка состояния здоровья детей проведена путем распределения детей на 5 групп здоровья (С.М. Громбах, 1984).

Статистическая обработка материала исследования включала вычисление относительных показателей, средних величин и измерения связи (корреляции).

Проводился однофакторный дисперсионный анализ. При вычислении достоверности различий полученных результатов использовали критерий Стьюдента, показатель парной корреляции и критерий Фишера (И.А. Плохинский, 1961; А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, 1974; И.С. Случанко, 1977; Е.М. Шиган, 1986). Для выявления наиболее значимых факторов риска на заболеваемость применена методика вычисления коэффициента относительного риска (В.П. Стоногина, 1980).

Результаты исследования.

На первом этапе исследования по краткой программе изучены социально-гигиенические характеристики всех детей района, не достигших одного года жизни (1523). Среди них выявлены дети, имеющие факторы риска (1076) - генеральная совокупность. По учебной программе «Служба организации семьи и социального патронажа в формировании здорового образа жизни» проведено обучение 25 работников СП в Ак-Суйском районе.

На втором этапе по углубленной программе изучена выборочная совокупность из 500 детей ОГ и их семей (отобранная серийно-гнездовым методом из генеральной совокупности). По наличию факторов риска семьи распределились на 6 групп (табл. 1):

Таблица 1
Распределение семей ОГ по наличию факторов риска

	абс.	%
Многодетные	138	27,6
С коротким интергенетическим интервалом	98	19,6
Возраст матери до 20 и > 35 лет	58	11,6
Семьи, где были случаи МС	44	8,8
Социально-неблагополучные	82	16,4
Другие	80	16,0
Итого	500	100,0

Дана комплексная сравнительная оценка состояния здоровья детей ОГ и контрольных групп. Установлено, что в семьях ОГ достоверно выше частота преждевременно родившихся (по сроку гестации 28-37 недель) - $94,0 \pm 1,0$, чем в контрольных группах (I КГ - $48,0 \pm 2,2$, II КГ - $85,0 \pm 1,5$, $P < 0,001$) и детей с низкой массой тела - $68,0 \pm 2,1$ (вес менее 2500 грамм), соответственно $38,1 \pm 2,2$ ($P < 0,001$) и $59,3 \pm 2,2$ ($P < 0,01$).

Частота детей с физическим развитием ниже среднего выше в ОГ - $40,6 \pm 3,4$ на 100 детей, чем в контрольных: соответственно $29,2 \pm 3,7$ ($P < 0,05$) и $33,4 \pm 3,6$ ($P > 0,05$).

Оценка нервно-психического развития показала, что у детей во всех группах чаще встречается 2 группа развития (первоначальные отклонения) (ОГ - $39,6 \pm 3,4$, I КГ - $40,5 \pm 3,4$, II КГ - $43,0 \pm 3,3$ на 100 детей). У них, в основном, отмечена задержка нервно-психического развития - 86,4%, 78,7%, 83,2%. Детей с более значительным отставанием в развитии (3 группа) в ОГ выше - $29,8 \pm 3,7$, чем в контрольных, соответственно $17,0 \pm 4,0$ ($P < 0,01$) и $22,5 \pm 3,9$ ($P > 0,05$).

Показатель заболеваемости детей составил в ОГ - $1954,0 \pm 61,0$ на 1000 детей соответствующего возраста, что достоверно выше, чем в I КГ - $1632,0 \pm 45,4$ ($P < 0,05$) и во II КГ - $1814,0 \pm 54,0$ ($P > 0,05$). Особенностью структуры заболеваемости детей изучаемого региона было то, что во всех группах ведущим классом явился III класс болезней - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; определяющими в этом классе были гипотрофия и рахит, уровень которых, в ОГ достоверно выше, чем в контрольных группах.

Комплексная оценка состояния здоровья детей показала, что в семьях группы риска отсутствуют здоровые дети (I группа здоровья). Во всех группах отмечается преобладание детей со II группой здоровья, причем, если в контрольных группах больше детей со II_A группой (здоровые дети с отягощенным анамнезом), то в ОГ значимо больше детей со II_B группой (с функциональными отклонениями органов и систем). Детей с III группой здоровья в ОГ также больше, чем в контрольных (табл.2):

Таблица 2
Распределение детей по группам здоровья (%)

Группа здоровья группы	ОГ	I КГ	II КГ
I	-	13,6	10,4
II _A	21,0	31,0	28,4
II _B	36,2	19,6	22,2
III	42,2	35,8	38,4
IV	0,6	-	0,6
V	-	-	-
Итого	100,0	100,0	100,0

При сравнении показателей здоровья детей ОГ с контрольными получены достоверные различия только с I КГ. Во II КГ, хотя и отмечались более высокие показатели здоровья по сравнению с ОГ, но разница недостоверна. Этот факт указывает на значительное распространение факторов риска в сельских семьях, что подтверждается результатами изучения медико-демографических и социально-гигиенических характеристик, особенностей образа жизни и условий

воспитания детей в семьях ОГ, во многом сходных с условиями воспитания детей в контрольных группах. Определена значимость отдельных факторов на заболеваемость детей путем вычисления коэффициента относительного риска (табл. 3):

Таблица 3
Оценочно-прогностическая таблица риска повышенной заболеваемости детей первого года жизни

Факторы	Баллы
I Биологические:	
1. Экстрагенитальная патология матери	1,8
2. Заболевания во время беременности	3,9
3. Осложненные роды	2,2
4. Акушерские пособия в родах	4,3
5. Преждевременные роды	2,7
6. Низкая масса тела при рождении	2,0
7. Первый ребенок у матери	2,4
8. Смешанное вскармливание	2,2
9. Искусственное вскармливание	2,9
II Медико-демографические:	
1. Короткий интергенетический интервал	2,4
2. Возраст матери до 20 и >35 лет	2,2
3. Число детей	2,6
4. Сложная семья	1,9
5. Неполная семья	3,4
6. Состав семьи 7-9 человек и >	2,4
7. Семьи, где были случаи МС	4,3
8. Семьи, воспитывающие детей-инвалидов	1,8
III Социально-гигиенические:	
1. Низкое образование матери	1,8
2. Злоупотребление алкоголем отцом	2,5
3. Злоупотребление алкоголем матерью	3,1
4. Плохие жилищные условия	2,4
5. Низкий материальный уровень	2,9
6. Плохое качество ухода	6,1
7. Низкие санитарно-гигиенические знания матери	3,3
8. Нежеланная беременность	5,8
9. Отсутствие наблюдения во время беременности	2,5

Исследование показало, что для сравниваемых семей изучаемого региона характерны: невысокий уровень образования супругов (ОР-1,8); проживание практически всех семей в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях (ОР-2,4); значительное число неработающих матерей и отцов (ОР-2,9); преобладание многодетных семей (ОР-2,6) с числом детей возле нижней границы многодетности (4-6 детей); состав семьи 7-9 и более человек (ОР-2,4); распространение сложных семей (48,4%, 44,9%, 43,6%) (ОР-1,9); значительное омоложение брака - 51,4%, 47,2%, 50,4% женщин соответственно вступили в брак до 19 лет; интенсивная плодовитость женщин в первые 5 лет независимо от возраста вступления в брак; короткие интергенетические интервалы (до 2 лет), соответственно 57,7%, 50,5%, 53,1% (ОР=2,4), чаще всего характерные для возрастной группы женщин до 30 лет и между рожденьями 1 и 2, а также 2 и 3 ребенка. Из общей совокупности женщин, родивших с коротким интервалом, у 54,4%, 41,8%, 48,0% беременность наступила уже в первые 6 месяцев после родов (интервал между родами до 1,5 лет) и чаще всего обусловлена двумя причинами: первая связана с не использованием женщинами преимуществ лактационной аменореи из-за раннего перевода детей на смешанное вскармливание (ОР=2,2), вследствие чего последняя беременность для подавляющего большинства из них наступила случайно во время кормления предыдущего ребенка (92,5%, 87,5%, 93,6%) и была нежеланной для 31,6%, 29,7%, 33,7% матерей (ОР=5,8). Дисперсионным анализом установлена зависимость продолжительности интергенетического интервала от полноценного грудного вскармливания и перевода детей на раннее смешанное вскармливание, коэффициент корреляционного отношения составил $\eta=0,32$ и $\eta=0,14$. Второй причиной явился неблагоприятный исход предыдущей беременности (гибель плода или ребенка в перинатальном периоде (ОР=4,3). Как правило, последующая беременность наступала в любом случае, независимо от возраста женщины, её здоровья и числа детей в семье.

Опрос мнений женщин о планируемом и желаемом числе детей показал, что большинство из них ориентированы на многодетную семью. Полученные данные позволили предположить существование в сельских семьях изучаемого региона промежуточного вида семьи, предшествующего среднететному - это семья с ограничиваемой многодетностью. Характерными ее особенностями являются, прежде всего, отход от традиций и обычаев неограничиваемой многодетности и добровольный характер ориентации на число детей ближе к нижней границы многодетности. По нашим данным, планируемое число детей у более чем половины опрошенных матерей во всех группах оказалось 4-5 (ОГ-53,2%, I КГ - 61,0%, II КГ - 62,0%). Вместе с тем, ухудшение уровня жизни и происходящий сейчас процесс переориентации женщин с роли работника на роль домохозяйки и матери, может привести к тому, что авторитет женщины в семье

будет зависеть от числа рожденных ею детей. Разумеется, это не означает неизбежности возвращения массовой многодетности, но среднее число детей в семье может увеличиться. Об этом свидетельствуют полученные нами материалы о желаемом числе детей: 5 детей желали иметь на 25,0%, 21,3% и 30,1% соответственно больше женщин, чем планировали, 6 детей - в ОГ и II КГ - в два раза и I КГ - на 24,0% больше.

Исследования подтвердили, что образ жизни изучаемых семей далек от здорового. Среди родителей распространены вредные привычки: курение и злоупотребление алкоголем (ОР-2,5), даже среди беременных и кормящих матерей (ОР-3,1), отмечены низкие запросы в повышении духовной и физической культуры. На низком уровне находятся такие важнейшие признаки здорового образа жизни как санитарно-гигиеническая грамотность (ОР-3,3) и медицинская активность. Об этом свидетельствует выявленный низкий уровень заболеваемости матерей и детей по обращаемости, низкое качество ухода за детьми, нерациональное вскармливание детей, незнание и, следовательно, невыполнение большинством матерей мер профилактики заболеваний у детей.

Практически все женщины имеют слабые представления о планировании семьи, среди большинства из них бытуют неправильные мнения об оптимальных сроках для рождения детей, многие не знают и не применяют современные методы контрацепции и т.д.

Выявлен ряд существенных недостатков в профилактической работе лечебно-профилактических учреждений с сельскими семьями, имеющими детей первого года жизни: среди матерей и детей своевременно не выявляются заболевания, не проводится на должном уровне диспансеризация, не уделяется внимание привитию навыков здорового образа жизни среди населения, повышению санитарно-гигиенической грамотности матерей, в т.ч. по планированию семьи, рациональному вскармливанию и уходу за ребенком.

Полученные данные свидетельствуют, что в современных сельских семьях распространены факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на здоровье детей. Более худшие показатели здоровья детей ОГ связаны с большим числом факторов риска в семьях ОГ, их неблагоприятным сочетанием, так, значительное большинство из них (71,4%) имеют сочетание 4 и более факторов, остальные (28,6%) - 3 фактора. В семьях контрольных групп сочетание факторов риска встречено в меньшем проценте.

На третьем этапе исследования, на основании полученных результатов, определена потребность сельских семей, в следующих видах медико-социальной помощи: антенатальной охране плода, работе по планированию семьи, по сохранению здоровья новорожденных и детей первого года жизни с целью предупреждения у них реализации риска, помощи при заболевании ребенка, профилактике заболеваний у детей, в т.ч. иммунопрофилактике, повышению

анитарно-гигиенических знаний у матери, пропаганде здорового образа жизни, казанию социально-правовой помощи.

Разработана система медико-социальной помощи семьям группы риска. Определены объем и перечень оздоровительных мероприятий, а также требования к квалификации кадров службы организации семьи и социального патронажа и критерии качества их работы.

Выделены группы детей с возможной реализацией риска развития на первом году жизни преморбидных состояний, частых острых респираторно-вирусных заболеваний, анемии, гнойно-септических заболеваний для дифференцированного наблюдения в зависимости от направленности риска.

В течение последующего года (до достижения детьми 1 года) был проведен комплекс мероприятий медико-социальной помощи семьям группы риска.

На четвертом этапе, после осуществления комплекса мероприятий семьям группы риска и по достижении ребенком одного года, проведена экспертная оценка выполненной работы по всем направлениям проводимых работниками СП мероприятий.

Получены данные повторного комплексного медицинского осмотра детей, уровня санитарно-гигиенических и практических знаний матерей по вопросам ухода за здоровым и больным ребенком, профилактики заболеваний, планирования семьи. Изучена деятельность работников СП в семьях, определен характер их взаимоотношений с членами семьи и медицинскими работниками.

За период пребывания под наблюдением у работников СП из общей совокупности беременных лишь у одной был отмечен случай домашних родов (отсутствие транспорта) - 0,6%, преждевременные роды - у двоих (1,3%). Материнской и перинатальной смертности в наблюдаемых семьях не регистрировалось. У женщин из наблюдаемых семей отмечено достоверное снижение частоты абортс с $19,8 \pm 1,7$ до $2,8 \pm 0,7$ ($P < 0,001$) и рост числа женщин, пользующихся контрацептивами - $424,0 \pm 22,1$ против $186,0 \pm 17,4$ ($P < 0,001$). При опросе 80,0% женщин показали удовлетворительные знания по основным вопросам планирования семьи, 66,6% - санитарно-гигиенические знания и практические навыки по уходу за больным и здоровым ребенком.

Установлено, что к концу исследования имеет место снижение показателя общей заболеваемости - $1531,0 \pm 40,3$ на 1000 детей соответствующего возраста против $954,0 \pm 61,0$, $P < 0,001$, которое в основном было обусловлено снижением уровня инфекционных заболеваний с $72,0 \pm 2,0$ до $48,2 \pm 2,2$ ($P < 0,001$), болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ с $630,0 \pm 21,6$ до $294,5 \pm 20,4$ ($P < 0,001$), болезней нервной системы и органов чувств с $266,0 \pm 19,7$ до $178,3 \pm 17,1$ ($P < 0,001$) за счет проведения профилактических и оздоровительных мероприятий (табл.3):

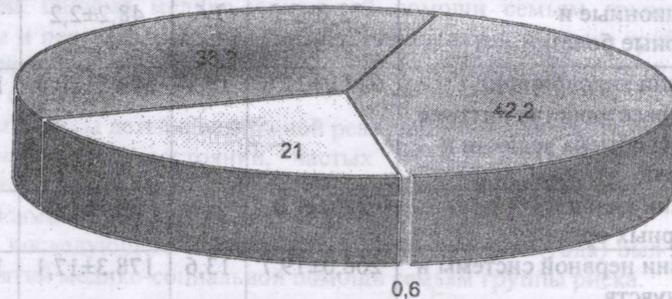
Показатель и структура общей заболеваемости у детей
ОГ на начало и конец исследования

	на начало		на конец		P
	Уровень %	Уд. вес %	Уровень %	Уд. вес %	
I Инфекционные и паразитарные болезни	$72,0 \pm 2,0$	3,6	$48,2 \pm 2,2$	3,2	$P < 0,001$
III Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	$630,0 \pm 21,6$	32,2	$294,5 \pm 20,4$	19,3	$P < 0,001$
IV Болезни крови и кроветворных органов	$22,0 \pm 1,8$	1,1	$88,1 \pm 1,4$	5,8	$P < 0,001$
VI Болезни нервной системы и органов чувств	$266,0 \pm 19,7$	13,6	$178,3 \pm 17,1$	11,6	$P < 0,001$
VIII Болезни органов дыхания	$494,0 \pm 22,3$	25,8	$645,2 \pm 21,4$	42,1	$P < 0,001$
IX Болезни органов пищеварения	$26,0 \pm 1,9$	1,3	$36,1 \pm 2,1$	2,3	$P < 0,001$
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки	$38,0 \pm 2,1$	2,0	$44,3 \pm 2,2$	2,8	$P < 0,01$
XIV Врожденные аномалии	$38,0 \pm 2,1$	2,0	$26,0 \pm 1,9$	1,7	$P < 0,001$
XV Отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде	$320,0 \pm 20,8$	16,3	$130,2 \pm 15,0$	8,6	$P < 0,001$
XVI Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	$12,0 \pm 1,4$	0,6	$12,0 \pm 1,4$	0,8	-
Прочие	$36,0 \pm 2,1$	1,8	$28,0 \pm 2,0$	1,8	$P < 0,001$
Итого	$1954,0 \pm 61,0$	100,0	$1531,0 \pm 40,3$	100,0	$P < 0,001$

Социально-правовая помощь работниками СП оказана практически каждой семье: консультации по правовым вопросам, разрешение спорных вопросов при ущемлении прав матери и ребенка; помощь в приобретении бесплатных медикаментов, контрацептивов; материальная помощь нуждающимся семьям через сельские Советы.

К концу первого года жизни из всех наблюдаемых 499 детей 43 переведены в I группу здоровья из II_A (за счет предупреждения реализации риска), 116 детей переведены во II_A группу из II_B группы. 78 детей переведены из III группы во II_B. У 5 детей из III группы отмечалось ухудшение в состоянии здоровья и они переведены в IV группу, 2 детей по этой же причине переведены из IV группы в V. Сохранение группы здоровья на том же уровне отмечено у 244 детей.

На начало исследования



На конец исследования

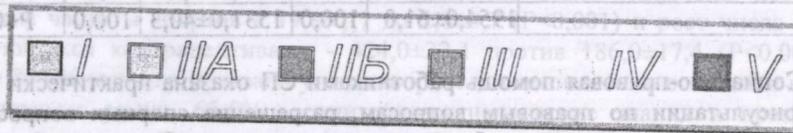
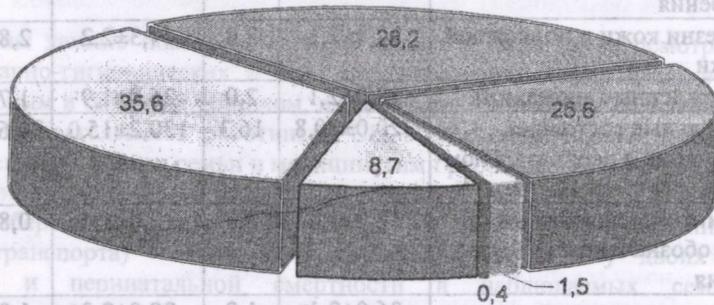


Рис. 1 Комплексная оценка состояния здоровья детей в динамике (%)

Комплексная оценка состояния здоровья детей к концу первого года (рис. 1) жизни показала, что снизилось число детей с III группой здоровья с 42,2% до 25,6% и II_Б группы с 36,2% до 28,2% за счет оздоровления детей с преморбидным фоном и предупреждения реализации риска и переходом детей во II_А (с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний) и в I группы здоровья.

Предложенная и апробированная в работе с семьями группы риска Ак-Суйского района система медико-социальной помощи позволила предупредить возможную реализацию риска у большинства детей, снизить заболеваемость и увеличить число детей, перешедших к концу года в I группу здоровья, что отразилось на снижении показателя младенческой смертности в районе за период эксперимента в сравнении с исходным уровнем: 1994 г. - $29,8 \pm 1,5$, 1995 г. - $22,2 \pm 1,0$, 1996 г. - $14,5 \pm 0,9$ на 1000 родившихся живыми, $P < 0,001$. Отмеченное подтверждает высокую эффективность службы ОС и СП.

ВЫВОДЫ:

1. Комплексная оценка состояния здоровья детей первого года жизни из семей группы риска свидетельствует о низком его уровне: 57,2% детей имеют II группу здоровья, 42,2% - III, 0,6% - IV.

2. В структуре заболеваемости детей в изучаемом регионе преобладает III класс - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (32,2%). На втором месте - VIII класс - болезни органов дыхания (25,8%), на третьем - XV класс - отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (16,3%).

3. Установлен высокий удельный вес сельских семей, имеющих комплекс факторов риска по заболеваемости и смертности детей раннего возраста, составивший 100,0% в ОГ, 84,6% в I КГ, 87,4% во II КГ. Сочетание 4 и более факторов риска отмечено у 71,4% семей ОГ. Наиболее значимыми факторами риска повышенной заболеваемости детей являются:

- медико-демографические: смерть предыдущего ребенка (ОР-4,3), неполные (ОР-3,4) и многодетные семьи (ОР-2,6);

- социально-гигиенические: плохое качество ухода (ОР-6,1), нежеланная беременность (ОР-5,8), употребление алкоголя матерью во время беременности и кормления грудью (ОР-3,1);

- биологические: осложнения в родах (ОР-4,3), искусственное вскармливание (ОР-2,9), преждевременные роды (ОР-2,7).

4. Сельские семьи высокого риска (имеющие 4 и более факторов) нуждаются в целенаправленной медико-социальной помощи и испытывают потребность в проведении мероприятий по планированию семьи, повышению санитарно-гигиенических знаний и практических навыков по уходу за здоровым и

льным ребенком, внедрению элементов здорового образа жизни, социально-авоной помощи.

5. Эффективность внедрения комплекса мер медико-социальной помощи семьям группы риска подтверждена предупреждением вероятности реализации риска заболевания у детей, снижением заболеваемости на конец исследования $31,0 \pm 40,3$ против $1954,0 \pm 61,0$ ($P < 0,001$), положительной динамике в состоянии уровня $47,8\%$ детей, увеличением доли детей с I группой здоровья - $8,7\%$, уменьшением числа детей с III группой здоровья на $39,4\%$.

6. Целенаправленная работа в семьях группы риска способствовала достоверному снижению показателя младенческой смертности в районе на $25,5\%$ по сравнению с исходным уровнем ($22,2\%$ против $29,8\%$).

Практические рекомендации:

1. Служба организации семьи и социального патронажа, являясь эффективной формой организации и оказания медико-социальной помощи женщинам и детям, может быть рекомендована для внедрения в регионах со схожими социально-экономическими условиями.

2. При работе с семьями группы риска необходимо использовать методическое пособие «Система медико-социальной помощи семьям группы риска» (Бишкек, 1994). Решение медицинских и социальных проблем детей и семей следует проводить комплексно и должно иметь выраженную социальную направленность с привлечением организаций немедицинского профиля.

3. Передачу семей групп риска под наблюдение работника социального патронажа, качество его работы и проводимых им мероприятий в семьях, а также учет их с учетом необходимо проводить под контролем медицинских работников.

4. Основные мероприятия работника социального патронажа должны быть направлены на пропаганду здорового образа жизни, повышение санитарно-гигиенических знаний населения, привитие навыков матери по уходу за здоровым и больным ребенком, профилактику инфекционных заболеваний у детей, пропаганду грудного вскармливания. Работу по планированию семьи необходимо проводить с учетом менталитета населения не только с матерью, но и другими родственниками в семье.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Система медико-социальной помощи семьям группы риска. Методическое пособие.- Бишкек, 1994. - 15 с. (соавт. Т.С. Буйлашев).

2. Опыт внедрения службы организации семьи и социального патронажа в условиях сельского региона Кыргызской республики // Вопросы акушерства и педиатрии: Сборник научных трудов КНИИА и П. - Бишкек, 1995. - С.166 - 168. (соавт. Т.С. Буйлашев, М.Ж. Мамытов).

3. Некоторые социально-гигиенические и медико-демографические характеристики семей группы риска, проживающих в сельской местности Кыргызской Республики. Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы. - Бишкек, 1998. - С.443 - 447 (соавт. Т.С. Буйлашев).

4. Некоторые особенности планирования семьи в сельской местности Кыргызской Республики. Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы. - Бишкек, 1998. - С.447 - 450 (соавт. Т.С. Буйлашев, М.Ж. Мамытов).

5. Медико-социальные аспекты внедрения службы организации семьи и социального патронажа в Кыргызской республике // Актуальные вопросы педиатрии, детской хирургии, акушерства и гинекологии: Сборник научных трудов, посвященный 50-летию научной, педагогической и профессиональной деятельности профессора Т.И. Покровской.- Бишкек, 1998. - С. 68 - 74 (соавт. Т.С. Буйлашев, М.Ж. Мамытов).

6. Медико-социальные аспекты образа жизни и состояния здоровья детей из семей группы риска в условиях среднегорья // Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века: Сборник научных трудов КГМА. - Бишкек, 1998. - С. 271-275.

7. Особенности грудного вскармливания и регулирование интергенетических интервалов в сельской местности // Наука и новые технологии.- 1999. - №3. -С. 36-38.

8. Медицинская статистика. Методическое пособие.- Бишкек, 1999.- 133 с. (соавт. Н. Е. Чернова, Т.С. Буйлашев).

Аннотация

В диссертации представлена медико-социальная характеристика состояния здоровья 500 детей первого года жизни из семей группы риска. Установлено влияние комплекса факторов риска биологического, медико-демографического, социально-гигиенического характера на заболеваемость детей в этих семьях.

Обоснована потребность семей группы риска в медико-социальной помощи. Разработан комплекс мероприятий по ее оказанию.

Внедрение системы медико-социальной помощи способствовало положительной динамике состояния здоровья, снижению заболеваемости и младенческой смертности по сравнению с исходным уровнем.

Аннотация

Бул илимий эмгекте тобокел тобуна кирген үй-бүлөлдөрдүн бир жаштагы 500 балдардын ден-соолугунун медициналык-социалдык мүнөздөмөсү көрсөтүлгөн. Ушул үй-бүлөлдөрдөгү балдардын ооруп калуусуна биологиялык, демографиялык, социалдык-гигиеналык мүнөздөгү комплекстүү тобокел факторлордун таасир этүүсү ыныкталган.

Тобокел тобуна кирген үй-бүлөлдөрдүн медициналык-социалдык жардамга муктаж экендиги түшүндүрүлгөн. Ушул жардамды көрсөтүү боюнча комплекстүү иш-аралар иштелип чыккан.

Медициналык-социалдык көмөк көрсөтүү тартибин жайылтуу ага чейинки тенгээлге салыштырмалуу балдардын ден-соолугунун абалынын жакшыруусуна үрткү, алардын ооруп калуусунун жана өлүмүнүн төмөндөшүнө алып келген.

Annotation

Medical-social characters health status of the 500 children one years old from family of risk group introduce in this dissertation.

The Influence on children's illness of the complex risk factors biological, medical-lemographically, social-hygienic characters was established.

The necessity in medical-social assistant of the family risk group was based. The complex procedures for render were exploited.

The instils of system medical-social assistant give positive dynamic of health condition, lowering illness and infantile mortality in comparison by basic level.