

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 618.4-036.88-053.31

**Р. З. Боранбаева¹, К. Е. Хаиров¹, Б. Т. Карин², Б. К. Нұрмағамбетова², С. Т. Кизатова³,
А. Г. Зайтова¹**

АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 7 МЕСЯЦЕВ 2018 Г.

¹Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК (Алматы, Республика Казахстан),

²Филиал корпоративного фонда «University medical center» Национального научного центра материнства и детства (Астана, Республика Казахстан),

³Карагандинский государственный медицинский университет (Караганда, Республика Казахстан)

Проведен анализ перинатальных причин увеличения младенческой смертности в Костанайской области за 7 месяцев 2018 г. в сравнении с 2017 г. по материалам Республиканского штаба по принятию неотложных мер по снижению материнской и младенческой смертности. В РК в 2018 г. отмечено снижение уровня младенческой смертности, однако этот показатель по-прежнему в 2-3 раза выше уровня в развитых странах Европы, Азии и Америки.

Авторы статьи приходят к выводу о том, что для дальнейшего снижения показателя младенческой смертности и сохранения каждой жизни необходим постоянный комплексный анализ показателей с учетом структуры младенческих потерь. Требуется разработка новых стратегических механизмов использования современных медицинских технологий для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию перинатальных и врожденных заболеваний; качественную работу и взаимодействие всех учреждений здравоохранения, сопровождающих фетоинфантильный период и период первого года жизни, дальнейшее укрепление и повышение качества медицинской помощи, особенно в первичной медико-санитарной помощи, контроль исполнения на практике действующих программ ВОЗ и ЮНИСЕФ, в частности, патронажной службы, повышение профессионального уровня врачей и медицинских сестер и умение рационального применения новых перинатальных технологий.

Ключевые слова: младенческая смертность, новорожденные, недоношенные

Охрана здоровья матерей и детей является одной из самых важных и наиболее сложных задач, стоящих перед национальной системой здравоохранения. В стратегических документах и Посланиях народу Казахстана Президент указал на необходимость снижения материнской и младенческой смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни населения. Здоровье матери и ребенка формирует основы будущего демографического, экономического, трудового, социального, культурного и оборонного потенциала страны [7, 6].

В течение последних десятилетий отмечено снижение младенческой смертности в РК. Ключевой задачей в здравоохранении последних лет стало сохранение основного потенциала службы охраны материнства и детства, адаптация ее к новым экономическим условиям на основе реструктуризации и повышения роли амбулаторно-поликлинического звена, обеспечение доступности медицинской помощи для всех детей и укрепление служб, обеспечивающих права на жизнь. В этих целях были разработаны стратегические направления охраны здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ: вакцинация, качество родового ухода, проблемы планирования семьи [4, 8].

Благодаря принятию отраслевых и национальных программ, в том числе Государствен-

ной программы «Саламатты Қазақстан», реализованы эффективные организационные технологии, такие как регионализация перинатальной помощи – распределение родильных домов по уровню оказания ухода за беременными и новорожденными [1, 2]. Беременные с тяжелой патологией и преждевременными родами направляются в перинатальные центры, где для реанимации и выхаживания недоношенных и больных новорожденных работают специалисты высокого уровня, сконцентрировано современное медицинское оборудование и применяются дорогостоящие лекарственные средства. Выполняемые ими технологии соответствуют международному уровню [9, 12]. Внедрены современные эффективные технологии перинатального и неонатального ухода, современные эффективные технологии выхаживания новорожденных в критическом состоянии и детей раннего возраста, программа интегрированного введения болезней детского возраста (ИВБДВ) и поощрения исключительно грудного вскармливания и раннего прикладывания к груди. На базе областных перинатальных центров развивается консультативно-транспортная служба, используется система учета плодово-младенческих потерь, матрица Babies [11], организована республиканская санавиация [3, 5, 11].

Для обеспечения единых подходов к пе-

ринатальной помощи были приведены в соответствие с международными стандартами и утверждены клинические протоколы оказания медицинской помощи роженицам и новорожденным, изменены рабочие и учебные программы в медицинских вузах. Внедрена программа «КМИС» для электронного документооборота. Создан координационный центр эффективной перинатальной помощи для внедрения системы непрерывного профессионального образования медицинских работников (обучены указанным технологиям более 80% медработников).

В РК в 2018 г. зарегистрировано снижение уровня младенческой смертности, однако этот показатель по-прежнему в 2-3 раза выше, чем в развитых странах Европы, Азии и Америки. Известно, что младенческая смертность – один из ключевых индикаторов уровня социально-экономического и культурного благополучия общества, эффективности здравоохранения. За 7 месяцев 2018 г. показатель младенческой смертности снизился на 0,2% и составил 8,2% (7 мес. 2017 г. – 8,4%). Выше республиканского значения остаются показатели в Костанайской области (12,8%), Северо-Казахстанской (12,3%), Актюбинской (9,2%),

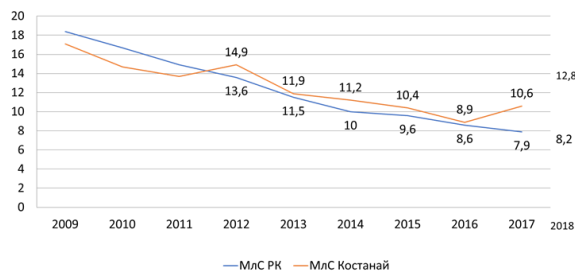


Рисунок 1 – Динамика младенческой смертности по РК и Костанайской области

Атырауской (9,4%), Мангистауской (9,6%), Алматинской (9,4%), Восточно-Казахстанской (9,4%) и Южно-Казахстанской (8,7%) областях.

Цель работы – анализ причин младенческой смертности в Костанайской области за 7 месяцев 2018 г. по сравнению с 2017 г. по материалам Республиканского штаба по принятию неотложных мер по снижению материнской и младенческой смертности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована матрица Babies, содержащая сведения о мертворожденных и умерших детях в возрасте до 1 г. (включая родившихся при сроке беременности 22 нед. и более) по Костанайской области за 7 месяцев 2018 г. в сравнении с 2017 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Показатель младенческой смертности в Костанайской области до 2016 г. имел устойчивую тенденцию к снижению, с 2016 г. зарегистрирован рост этого показателя, в 2017 году он достиг значения 10,6‰, а за 7 месяцев 2018 г. вырос до 12,8‰, при республиканском показателе 8,2‰ (рис. 1)

Основную долю плодo-младенческих потерь (рис. 2) составляли мертворожденные

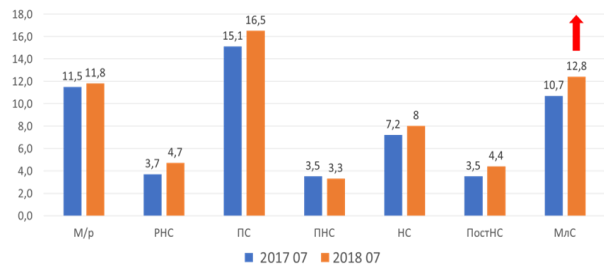


Рисунок 2 – Сравнительная характеристика основных показателей младенческой смертности по Костанайской области

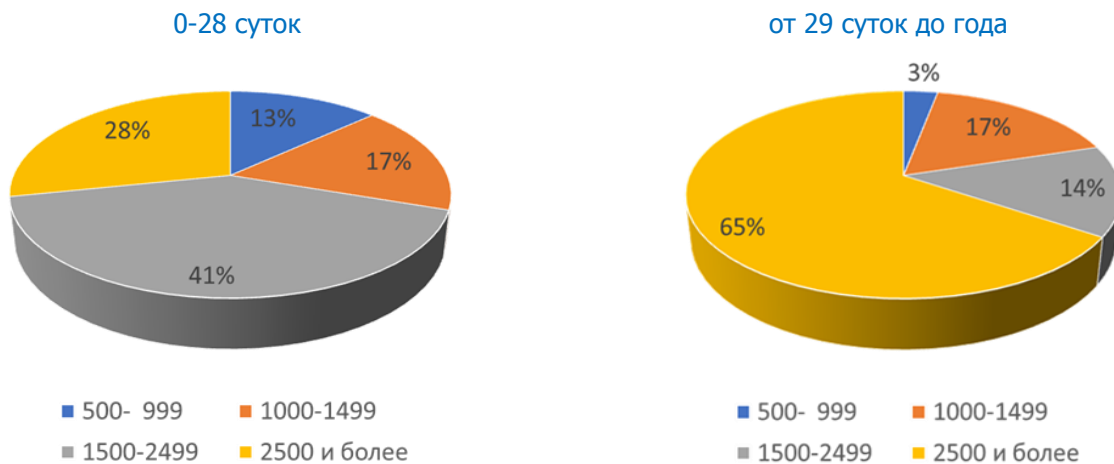


Рисунок 3 – Структура младенческой смертности в зависимости от массы тела

(49%), новорожденные, умершие в ранний неонатальный период (19,3%), и младенцы, умершие в постнеонатальный период (18%). В поздний неонатальный период потери детей были наименьшими (13,7%). Показатель мертворождаемости среди доношенных новорожденных был также достаточно высоким (35,5%).

В ранний неонатальный период наибольшая смертность регистрировалась в весовой категории 1 500-2 499 г и составила 41% (рис. 3). Существенные потери были зарегистрированы среди младенцев с нормальной массой тела при рождении (2500 г и более), которые погибали в неонатальный (28%) и преимущественно в постнеонатальный периоды (65%).

Выживаемость недоношенных новорожденных за 7 месяцев 2018 г. возросла и составила 71,4% в весовой категории 1000-1499 г и 60% в весе до 1 кг, что соответствует республиканским данным, а в весовых категориях 2500 г и выше и до 1500-2500 г выживаемость уменьшилась до 99,4% и 91,7% соответственно, что ниже республиканских данных.

В структуре причин младенческой смертности ведущими являются состояния, возникающие в перинатальный период – 62,2% (7 мес. 2017 г. – 65,8%: по РК – 54,2%), врожденные пороки развития (ВПР) – 15,9% (7 мес. 2017 г. – 16,4%; по РК – 20,4%), инфекционно-паразитарные заболевания – 6,1% (7 мес. 2017 г. – 5,5%; по РК – 5,6%), заболевания органов дыхания – 6,1% (7 мес. 2017 г. – 4,1%; по РК – 4,4%), пятое место занимают несчастные случаи – 4,9% (7 мес. 2017 г. – 2,9%; по РК – 4,2%).

Среди причин неонатальной смертности у новорожденных 0-27 дней жизни ведущее место занимают внутриутробные инфекции – 45,3% (24 случая, среди которых 12 случаев внутриутробных пневмоний и 12 случаев неонатального сепсиса), второе место занимает синдром дыхательных расстройств (СДР) – 18,9% (10 случаев), далее следуют внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) – 17,0% (9 случаев), врожденные пороки – 11,3% (6 случаев) и прочие причины – 7,5% (4 случая: гемолитическая болезнь новорожденных, геморрагическая болезнь, механическая асфиксия (неизвестный младенец), асфиксия новорожденных).

В структуре ранней неонатальной смертности (0-6 дней жизни) 35,5% составили внутриутробные инфекции (11 случаев, из них 6 случаев внутриутробной пневмонии, 5 случаев неонатального сепсиса), СДР находятся на

втором месте – 25,8% (8 случаев), ВЖК пребывают на третьем месте – 19,4% (6 случаев), врожденные пороки – 9,7% (3 случая врожденных пороков сердца (ВПС), прочие причины – 9,6% (по 1 случаю гемолитическая болезнь новорожденных, механическая асфиксия, асфиксия новорожденных).

Среди причин поздней неонатальной смертности (7-27 дней жизни) 59,1% составили внутриутробные инфекции (13 случаев, из них 6 случаев внутриутробной пневмонии, 7 случаев неонатального сепсиса), на втором месте по 13,6% заняли врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ) и ВЖК в равной степени (по 3 случая), на третьем расположились респираторный дистресс-синдром (РДС) и геморрагическая болезнь новорожденных – 9,1% (2 случая) и 4,5% (1 случай) соответственно.

Ведущей причиной смерти младенцев в постнеонатальный период (28 дней – 1 год) явились инфекционные заболевания (сепсис) – 24,1% (7 случаев), врожденные пороки развития – 20,7% (6 случаев, из них по 3 случая ВПС и ВПР ЖКТ), болезни органов дыхания и состояния перинатального периода – по 17,2% (по 5 случаев) в равной степени (4 случая неонатального сепсиса и 1 случай врожденной пневмонии), несчастные случаи (3 случая механической асфиксии) и прочие причины (по 1 случаю хроническая почечная недостаточность (ХПН) на фоне внутриутробных пороков развития мочевыделительной системы (ВПР МВС 0, органическое поражение ЦНС, поздняя геморрагическая болезнь), которые составили в равной степени по 10,4% (по 3 случая каждый).

Анализ причин потерь новорожденных в перинатальный период, а именно высокий показатель мертворождаемости, показатель смертности в ранний неонатальный период от внутриутробных пневмоний и инфекций, специфичных для этого периода и ВПР указывает на низкий индекс здоровья матерей и наличие у них воспалительных заболеваний урогенитального тракта. Здоровье новорожденных, уровень заболеваемости и смертности находятся в тесной зависимости от состояния здоровья родителей. Это свидетельствует о необходимости усиления мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин до беременности путем улучшения их питания (предупреждение микронутриентной недостаточности), поддержку здорового образа жизни, обеспечение планирования семьи, профилактики и лечение инфекций, передаваемых половым путем. Дальнейшего улучшения тре-

бует уход за беременными в антенатальный период, в родах и своевременное проведение адекватной, неагрессивной реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Увеличение доли доношенных детей среди мертворожденных свидетельствует об искажении истинных статистических данных за счет переброса смертей из раннего неонатального периода в мертворожденные. Социальная значимость этих потерь особенно велика. Поскольку теряются функционально сформированные, зрелые дети.

Величина показателя перинатальной смертности была в определенной мере зависима от уровня материально-технического оснащения акушерских стационаров и методов антенатальной охраны плода. Несмотря на пренатальный скрининг беременных женщин с целью диагностики врожденных пороков, выявляемость пороков остается на низком уровне, что приводит к увеличению числа рожденных детей с ВПР и росту показателя смертности от ВПР. Изученные данные свидетельствуют о качестве проведенного пренатального скрининга в медицинских организациях ПМСП данного региона.

Увеличивающаяся роль инфекционных заболеваний матери требует решения вопроса о микробиологическом и вирусологическом обследовании беременных, подготовке к беременности женщин, потерявших ребенка в связи с внутриутробным инфицированием. В стационарах высока вероятность реализации внутригоспитальной инфекции, что требует усиления инфекционного контроля. Выявлено несоответствие имеющихся стандартов и алгоритмов и протоколов диагностики и лечения, технологий эффективного перинатального ухода и безопасного материнства, отсутствие единого подхода к применению антибиотиков, несоблюдение принципов профилактики внутрибольничной инфекции, нарушение регионализации, дефицит кадров.

Существенным фактором снижения младенческой смертности является смертность от несчастных случаев, травм и отравлений. Анализ причин постнеонатальной смертности выявил, что смертность детей на дому в сравнении с аналогичным периодом прошлого года увеличилась с 2,7 до 4,9%, что свидетельствует о неадекватном клиническом ведении болезней детского возраста, недостаточном патронажном наблюдении за детьми на уровне первичной медико-санитарной помощи, несоблюдении принципов интегрированного ведения болезней детского возраста (ИББДВ) на

амбулаторном уровне, родительском незнании признаков опасности.

Таким образом, для дальнейшего снижения показателя младенческой смертности и сохранения каждой жизни необходим постоянный комплексный анализ показателей с учетом структуры младенческих потерь. Требуется разработка новых стратегических механизмов использования современных медицинских технологий для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию перинатальных и врожденных заболеваний; качественную работу и взаимодействие всех учреждений здравоохранения, сопровождающих фетоинфантильный период и период первого года жизни, дальнейшее укрепление и повышение качества медицинской помощи, особенно в первичной медико-санитарной помощи, контроль исполнения на практике действенных программ ВОЗ и ЮНИСЕФ, в частности, патронажной службы, повышение профессионального уровня врачей и медицинских сестер и умение рационального применения новых перинатальных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1 Аубакирова А. К. Медико-организационные технологии снижения неонатальной смертности в родовспомогательных учреждениях 3 уровня // Медицина. – 2014. – №5. – С. 50-51.

2 Бапаева Г. Б. Преждевременный дородовой разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности: литературный обзор / Г. Б. Бапаева, К. Б. Джаманаева, Т. К. Чувакова, С. Н. Кулбаева // Наука и здравоохранение. – 2015. – №3. – С. 6-10.

3 Ведение больного младенца в возрасте от 0 до 2 месяцев. ВОЗ, 2008 <http://www.who.in>

4 Ембергенова М. Х. Опыт Казахстана в выполнении 4-ой цели тысячелетия по снижению смертности детей от 0 до 5 лет за период с 1990 по 2015 годы / М. Х. Ембергенова, Т. К. Чувакова, Б. Т. Карин // Педиатрия и детская хирургия. – 2016. – №3. – С. 65-69.

5 Интегрированное ведение болезней детского возраста от 2 месяцев до 5 лет. ВОЗ, 2005 г. <http://www.who.int>

6 Состояние и перспективы развития службы охраны здоровья матери и ребенка в РК / Г. Т. Ташенова, Р. З. Боранбаева, М. Н. Шарипова, Г. К. Абдилова // Педиатрия и детская хирургия. – 2016. – №3. – С. 171-176.

7 Чувакова Т. К. Внедрение эффективных медицинских технологий в практику организаций родовспоможения и детства Респуб-

лики Казахстан /Т. К. Чувакова, Б. Т. Карин // MEDIZINE (Almaty). – 2017. – №4 (178). – С. 110-114.

8 Чувакова Т. К. Итоги внедрения международных критериев живорождения и мертворождения в статистическую отчетность Республики Казахстан: ключевые интервенции, результаты /Т. К. Чувакова, Г. О. Абуова, И. В. Ивасив //Вестн. ННЦМД.– 2013.–№1. – С. 9-17.

9 Чувакова Т. К. Плодо-младенческие потери в Казахстане за период 2008-2012 годы. Ключевые интервенции /Т. К. Чувакова, Г. О. Абуова, И. В. Ивасив //Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2013. – №3. – С. 14-17.

10 ЮНИСЕФ. Оценка системы патронажного медсестринского обслуживания в Казахстане с анализом справедливости и равенства. Финальный отчет. – Астана, 2015. – 15 с.

11 Lawn J. The Healthy Newborn /J. Lawn, B. J. McCarthy, S. R. Ross //A Reference Manual for Program Managers.– CDC. CCHI, 2000.– 56 p.

12 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. – Geneva: WHO, 2006. – 34 p.

REFERENCES

1 Aubakirova A. K. Mediko-organizacionnye tehnologii snizheniya neonatal'noj smertnosti v rodovspomogatel'nyh uchrezhdenijah 3 urovnja // Medicina. – 2014. – №5. – С. 50-51.

2 Bapaeva G. B. Prezhdevremennyy dorodovyy razryv plodnyh obolochek pri nedonoshennoj beremennosti: literaturnyj obzor /G. B. Bapaeva, K. B. Dzhamanaeva, T. K. Chuvakova, S. N. Kulbaeva //Nauka i zdravooхранение. – 2015. – №3. – С. 6-10.

3 Vedenie bol'nogo mladenca v vozraste ot 0 do 2 mesjacev. VOZ, 2008 <http://www.who.in>

4 Embergenova M. H. Opyt Kazahstana v vypolnenii 4-oj celi tysjacheletija po snizheniju

smertnosti detej ot 0 do 5 let za period s 1990 po 2015 gody /M. H. Embergenova, T. K. Chuvakova, B. T. Karin //Pediatrija i detskaja hirurgija. – 2016. – №3. – С. 65-69.

5 Integrirovannoe vedenie boleznj detskogo vozrasta ot 2 mesjacev do 5 let. VOZ, 2005 g. <http://www.who.int>

6 Sostojanie i perspektivy razvitija sluzhby ohrany zdorov'ja materi i rebenka v RK /G. T. Tashenova, R. Z. Boranbaeva, M. N. Sharipova, G. K. Abdilova //Pediatrija i detskaja hirurgija. – 2016. – №3. – С. 171-176.

7 Chuvakova T. K. Vnedrenie jeffektivnyh medicinskih tehnologij v praktiku organizacij rodovspomozhenija i detstva Respubliki Kazahstan / T. K. Chuvakova, B. T. Karin //MEDIZINE (Almaty). – 2017. – №4 (178). – С. 110-114.

8 Chuvakova T. K. Itogi vnedrenija mezhdunarodnyh kriteriev zhivorozhdenija i mertvorozhdenija v statisticheskuju otchetnost' Respubliki Kazahstan: kljuchevye intervencii, rezultaty /T. K. Chuvakova, G. O. Abuova, I. V. Ivasiv //Vestn. NNCMD. – 2013.– №1. – С. 9-17.

9 Chuvakova T. K. Plodo-mladencheskie poteri v Kazahstane za period 2008-2012 gody. Kljuchevye intervencii /T. K. Chuvakova, G. O. Abuova, I. V. Ivasiv //Pediatrija i detskaja hirurgija Kazahstana. – 2013. – №3. – С. 14-17.

10 JuNISEF. Ocenka sistemy patronazhnogo medsestrinskogo obsluzhivaniya v Kazahstane s analizom spravедливости i равенства. Final'nyj otchet. – Астана, 2015. – 15 с.

11 Lawn J. The Healthy Newborn /J. Lawn, B. J. McCarthy, S. R. Ross //A Reference Manual for Program Managers.– CDC. CCHI, 2000.– 56 p.

12 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. – Geneva: WHO, 2006. – 34 p.

Поступила 11.09.2018 г.

R. Z. Boranbayeva¹, K. Ye. Khairov¹, B. T. Karin², B. K. Nurmagambetova², S. T. Kizatova³, A. G. Zaitova¹
ANALYSIS OF INFANT MORTALITY IN KOSTANAY REGION FOR 7 MONTHS OF 2018

¹Scientific center of pediatrics and pediatric surgery of the Ministry of health of the Republic of Kazakhstan (Almaty, Kazakhstan), ²Branch of the corporate fund «University medical center» of the National scientific center for motherhood and childhood (Astana, Kazakhstan), ³Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)

An analysis of the perinatal causes of an increase in infant mortality in the Kostanay region for 7 months of 2018 compared with 2017 based on the materials of the Republican headquarters for the adoption of urgent measures to reduce maternal and infant mortality. In Kazakhstan, in 2018 a decrease in the infant mortality rate was noted, but this figure is still 2-3 times higher than in developed countries of Europe, Asia and America.

The authors of the article come to the conclusion that in order to further reduce the infant mortality rate and save each life, a constant comprehensive analysis of the indicators is necessary, taking into account the structure of infant losses. It requires the development of new strategic mechanisms for the use of modern medical technologies for therapeutic and rehabilitation measures aimed at correcting perinatal and congenital diseases; quality work and interaction of all health facilities accompanying the fetoinfantile period and the first year of life, further strengthening and improving the quality of medical care, especially in primary health care, monitoring the implementation in practice of effective programs of WHO and UNICEF, in particular professional level of doctors and nurses and the skill of rational use of new perinatal technologies.

Key words: infant mortality, newborns, preterm

*Р. З. Боранбаева¹, К. Е. Хаиров¹, Б. Т. Карин², Б. К. Нұрмағамбетова², С. Т. Кизатова³, А. Г. Зайтова¹
2018 ЖЫЛДЫҢ 7 АЙЫНДА ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСЫНДАҒЫ СӘБИЛЕР ӨЛІМІН ТАЛДАУ*

*¹ҚР ДСМ педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы (Алматы, Қазақстан Республикасы),
²«Universitymedicalcenter» Аналар мен балалардың ұлттық ғылыми орталығы корпоративті қорының филиалы (Астана, Қазақстан Республикасы),*

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)³

Ана мен бала өлімін азайту бойынша шұғыл шаралар қабылдау жөніндегі республикалық штабтың материалдары бойынша 2018 жылдың 7 айында 2017 жылмен салыстырғанда Қостанай облысында сәбилер өлімінің өсуінің перинаталдық себептеріне талдау жүргізілген. Қазақстан Республикасында 2018 жылы сәбилер өлімі деңгейінің төмендегені байқалған. Алайда, бұл көрсеткіш бұрынғыша Европа, Азияның дамыған елдерінің және Американың деңгейінен 2-3 есе жоғары.

Мақала авторлары сәбилер өлімі көрсеткішін одан әрі азайту және әр нәрестенің өмірін сақтау үшін көрсеткіштерге кешенді талдау жасау қажет деген қорытынды жасаған. Перинаталды және туа біткен ауруларды коррекциялауға; фетоинфантіді кезең мен бір жасқа дейінгі өмірі барысында денсаулық сақтау саласының барлық мекемелерінің сапалы жұмысы мен өзара байланысына, медициналық көмектің, әсіресе бастапқы медико-санитарлық көмектің сапасын арттыру мен одан әрі нығайтуға, БДҰ мен ЮНИСЕФ пәрменді бағдарламаларының практика жүзінде орындалуын бақылауға, атап айтқанда, патронаждық қызметті, дәрігерлер мен медбикелердің кәсіби деңгейін арттыру мен жаңа перинаталдық технологияларды рационалдық қолдануды білуіне бағытталған емдеу және оңалту іс-шараларын жүргізу үшін қазіргі заманғы медициналық технологияны пайдаланудың жаңа стратегиялық механизмдерін әзірлеу талап етіледі.

Кілт сөздер: сәбилер өлімі, жаңа туған сәбилер, мерзімінен бұрын туған сәбилер