



CAUSES OF INFANT AND CHILD MORTALITY IN KAZAKHSTAN

Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan
Almaty Institute for Upgrading Doctors' Qualification
ZAO "Kazakh Academy of Nutrition"



Причины младенческой и детской смертности в Казахстане

**Министерство здравоохранения РК
Алматинский институт
усовершенствования врачей
ЗАО «Казахская Академия питания»**

Алматы, 2002

Содержание

<i>РЕЗЮМЕ</i>	4
1. ВВЕДЕНИЕ	5
2. МЕТОДОЛОГИЯ	6
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ	8
3.1. Анализ смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде.	8
3.1.1. Удельный вес новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде в структуре смертности детей в возрасте от 0 до 5 лет и распределение по месту события.....	8
3.1.2. Характеристика матерей, дети которых умерли в раннем неонатальном периоде.	9
3.1.3. Акушерский анамнез и состояние здоровья матерей в период данной беременности, дети которых умерли в раннем неонатальном периоде.	11
3.1.4. Характеристика детей, умерших в раннем неонатальном периоде.....	15
3.1.5. Причины смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде.....	19
3.2. Анализ смертности новорожденных в позднем неонатальном периоде.	23
3.2.1. Удельный вес новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде в структуре смертности детей от 0 до 5 лет и по месту события.	23
3.2.2. Характеристика матерей, дети которых умерли в позднем неонатальном периоде....	24
3.2.3. Акушерский анамнез и состояние здоровья матерей, дети которых умерли в позднем неонатальном периоде.	28
3.2.4. Характеристика новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде.....	34
3.2.5. Причины смертности новорожденных в позднем неонатальном периоде	34
3.3. Анализ смертности детей в постнеонатальном периоде (29 дней – 12 месяцев).....	37
3.3.1. Удельный вес детей, умерших в постнеонатальном периоде	37
3.3.2. Причины смерти детей в постнеонатальном периоде.	39
3.4. Анализ смертности детей в возрасте от 1 до 5 лет (детская смертность).....	42
3.4.1. Смертность	42
3.4.2. Причины смертности детей в возрасте от 1 года до 5 лет.....	45
4. ОБЩИЕ ОБСУЖДЕНИЯ	48
5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ.....	50

РЕЗЮМЕ

Цель исследования

Провести анализ причин смертности детей в Казахстане в разные возрастные периоды, разработать предложения по снижению ее уровня и улучшению здоровья младенцев и детей.

Метод

Данный анализ основывается на экспертной оценке 3168 случаев смерти детей, умерших в возрасте от 0 до 5 лет за период с 1 января по 31 декабря 2000 года. Это составило 57,3% от всех случаев смерти детей указанного возраста в стране. В исследовании представлены все пять регионов республики. Сбор данных проводился в четырех типах медицинских учреждений: родовспомогательные стационары, детские соматические и инфекционные больницы и центральные районные больницы. Результаты экспертной оценки историй умерших детей заносились в специально разработанные анкеты-вопросники, ответы на которые заполнялись в процессе анализа историй умерших детей, с последующим занесением информации в адаптированную компьютерную программу. Анализ данных проводился в следующих возрастных категориях: ранний неонатальный, поздний неонатальный, постнеонатальный (младенческий) и детский периоды.

Результаты

Результаты анализа свидетельствуют о том, что в большинстве случаев (62,1%) дети умирали в раннем неонатальном периоде, одна треть потерь новорожденных в раннем неонатальном периоде чаще происходила в первые 24 часа после рождения.

Основными причинами их смерти в этом возрастном периоде были: синдром дыхательных расстройств (14,6%), родовая травма (14,4%), врожденная пневмония (13,7%). Реализацию заболеваний и смерть новорожденных в этом возрастном периоде в половине случаев можно было бы предотвратить, включая родовые травмы и асфиксию.

В позднем неонатальном и постнеонатальном периодах большинство случаев смерти связано с инфекциями. Возможно, что в некоторых случаях имеет место гипердиагностика этих инфекций, но тем не менее такая ситуация дает основание для беспокойства, так как распространение большинства инфекций можно легко предупредить с помощью профилактических мер и раннего лечения.

Среди детей в возрасте от 1 года до 5 лет весомый вклад в структуру смертности вносят несчастные случаи (16%), включающие дорожно-транспортные травмы, термические и химические ожоги и падения. В большинстве случаев жертвами несчастных случаев становятся мальчики (62,2%). В сельской местности было зафиксировано более высокий показатель смертей по всем возрастным группам.

Заключение.

Наибольшего влияния на снижение смертности новорожденных и детей возможно достичь посредством совершенствования перинатального ухода, усиления служб профилактики и лечения инфекционных болезней, и реорганизации системы оказания медицинских услуг в сельской местности. Меры по снижению смерти детей от несчастных случаев должны проводиться с привлечением многих служб, а не только системой здравоохранения.

1. ВВЕДЕНИЕ

Самыми впечатляющими особенностями Республики Казахстан являются его громадная территория и быстрые социально-экономические изменения в последние годы. Обе эти особенности имеют прямое отношение к здоровью и развитию детей. Географически страна, площадью в 2.7 миллионов квадратных километров, располагается в центре Евразийского континента к северу от республик Центральной Азии. Плотность населения в республике низка, составляет всего лишь 6 человек на 1 квадратный километр. По данным Государственного Агентства по статистике общая численность населения за последние годы снизилась с 17.0 миллионов, согласно более ранним данным, до 14.8 миллионов к началу 2001 года. Это обусловлено как падением уровня рождаемости (с 21 на 1000 до распада Советского Союза до 14,7 на 1000 в 2000 г), так и эмиграцией населения. По предварительным данным только в 1998 году страну покинуло 472 273 человек.

После распада Советского Союза страна пережила значительный экономический спад в связи со снижением потребности производимых ею товаров, падения цен на нефть – основной экспорт страны. Однако, проводимые в стране реформы, включая либерализацию и переход к рыночной экономике, послужили началом восстановления экономики с 1999 года (Всемирный Банк, 2000г).

Младенческая и детская смертность – чувствительный показатель состояния здоровья населения, качества медицинских услуг и уровня социального и экономического развития страны. За последнее десятилетие отмечается высокий показатель младенческой смертности, хотя различные источники приводят несогласованные цифры. По данным Министерства здравоохранения в Казахстане зарегистрировано снижение младенческой смертности с 30 на 1000 живорожденных в 1984-1988 гг. до 27,2-20,2 на 1000 в 1989-1993, без изменений 1994-1997 при 26 на 1000.

Однако, данные многократно цитируемых медико-демографических исследований (МДИ) свидетельствуют о другом. За 15 лет предшествовавших МДИ 1999 г. средневзвешенный показатель младенческой смертности составлял 55 на 1000, а в 1994-1999гг он повысился до 62 на 1000. Детская смертность за этот же период повысилась с 7 до 10 на 1000 живорожденных.

Необходимо отметить, что данные этих двух источников невозможно сравнивать по двум причинам. Во-первых, Министерством здравоохранения приводятся показатели, учитывающие все случаи смерти детей за год, тогда как МДИ – средние выборочные за десять лет. Во-вторых, Министерство Здравоохранения при подсчете показателей использовало критерии живорожденности и жизнеспособности, существовавшие в Советском Союзе (живорожденным считался плод, родившийся при сроке беременности 28 недель, или плод, имеющий признаки дыхания и сердцебиения), тогда как МДИ – критерии ВОЗ, согласно которым «живорожденным считается плод, имеющий любой признак жизни: дыхание, сердцебиение, мышечные сокращения, пульсацию пуповины».

2. МЕТОДОЛОГИЯ

Тип исследования

Данный анализ основывается на экспертной оценке смерти детей, умерших в возрасте от 0 до 5 лет. По данным, полученным из различных учреждений, живорождение определялось согласно критериям, существовавшим в бывшем Советском Союзе, и носило характер формальной инструкции. "Жизнеспособным" считался плод, родившийся при сроке беременности 28 недель и более, весом 100 грамм и более, ростом 35 см и выше. "Живорожденным" считался плод, имеющий признаки дыхания и сердцебиения", тогда как ВОЗ использует критерии, согласно которому "живорожденным считается плод, имеющий любой признак жизни: дыхание, сердцебиение, мышечные сокращения, пульсацию пуповины".

Объем выборки

Был проведен анализ 3168 случаев, что составило 57.3% от смертей детей этой возрастной группы по всей стране за период с 1 января по 31 декабря 2000 г. Объем выборки соответствовал реальным физическим возможностям экспертов в получении необходимых данных за отведенное время с минимальным риском упущения реального положения относительно в каком возрасте чаще умирали дети (когда?), каковы причины их смерти (почему?) и в каком регионе наиболее часто (где?), для проведения внутрорегионального и межрегионального сопоставления.

Географическое распределение

Был проведен анализ всей страны, с разбивкой на пять регионов:

Запад: население 2,050.5 тыс.; число смертей 1098

Восток: население 1,518.8 тыс.; число смертей 652

Север: население 3,645.6 тыс.; число смертей 287

Юг: население 6,282.3 тыс.; число смертей 448

Центр: население 1,398.9 тыс.; число смертей 684

Охват учреждений

Ввиду многопрофильности различных учреждений, исследование проводилось со сбором информации в четырех типах медицинских учреждений: центральные областные больницы, областные родильные дома, областные инфекционные больницы и центральные районные больницы. Также учитывались данные из перинатальных центров.

Сбор данных

Сотрудниками Алматинского института усовершенствования врачей (АГИУВ) и Казахстанским Государственным Медицинским Университетом (КГМУ), в сотрудничестве с международным консультантом, была разработана анкета для обеспечения стандартизованного сбора данных. Она была апробирована во время проведения недельного обучающего семинара для 20 экспертов, доработана и приведена к окончательному варианту, который использовался при последующей работе в регионах.

На местах эксперты производили сбор информации из историй родов, историй развития новорожденных, историй болезни младенцев и детей, амбулаторных карт. Там, где регистрировались случаи смерти на дому, эксперты посещали домовладения с целью

опроса родителей (матери или отца, или обоих по необходимости). На дому зарегистрировано 146 случаев смерти детей.

Заполненные экспертами анкеты возвращались в центральный пункт в г. Алматы.

Обработка данных

В центральном пункте анкеты хранились пронумерованными в восходящем порядке по регионам. Руководитель закреплял анкету за одним оператором. Всего работало 6 операторов. После занесения в компьютер информации из анкет, оператор делал копию данных для руководителя, который передавал ее другому оператору для повторного введения в программу. После двойного введения сведений из анкеты оба файла сохранялись в компьютере руководителя. После двойного введения информации из всех анкет руководитель получал распечатку всех несоответствий, обнаруженных в двух вариантах и исправлял их.

Длительность всего исследования составила 6 месяцев: 2 месяца отводилось для разработки заключительного протокола, два месяца для сбора данных и два месяца для занесения информации из анкет в компьютер, ее обработки и анализа.

Обследованные регионы:

1. Западный: Актау, Атырау, Уральск, Аксай, Актобе, Хромтау, Кандыгаш, Кулсары, Мангистау, Жанаозен.
2. Северный: Астана, Кустанай, Петропавловск, Кокшетау, Павлодар, Рудный, Экибастуз, Атбасар, Щучинск, Мамлютка.
3. Центральный: Караганда, Жезказган, Балхаш, Темиртау, Сатпаев, Абай, Сарань, Шахтинск, Шыхан, Улытау.
4. Восточный: Усть-Каменогорск, Семипалатинск, Аягуз, Шемонаиха, Глубокое, Лениногорск, Серебрянск, Зыряновск, Георгиевка, Шульбинск.
5. Южный: Алматы, Талдыкорган, Шымкент, Джамбул, Кзыл-Орда, Аральск, Ленгер, Жанатас, Каскелен, Уш-Тобе.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

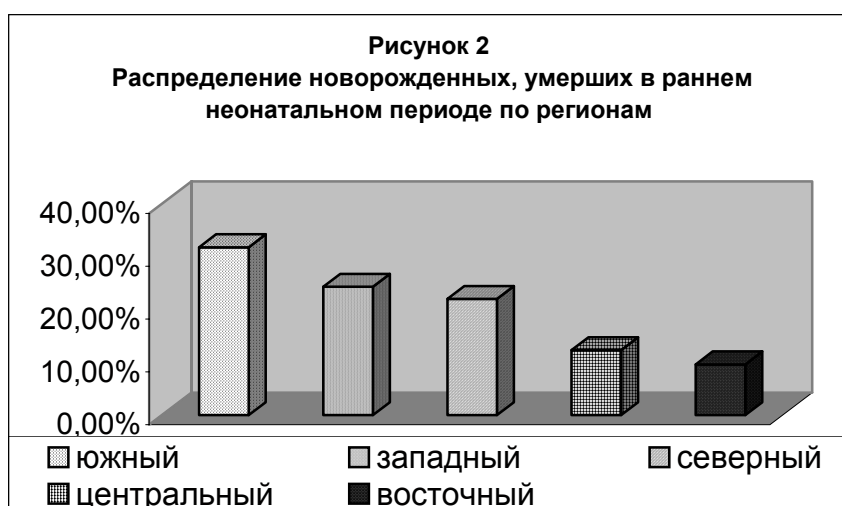
3.1. Анализ смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде

3.1.1. Удельный вес новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде в структуре смертности детей в возрасте от 0 до 5 лет и распределение по месту события.

В Таблице 1 и рисунке 1 приводятся данные по смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде. Всего проанализировано 1968 случаев смерти новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде (РНП), что составило 62,1% от всех потерь в возрасте от 0 до 5 лет, 256 (8.1%) от числа умерших в позднем неонатальном периоде, 650 (20.5%) в пост-неонатальном периоде и 294 (9.3%) детей от 1 до 5 лет.



Наибольшая доля случаев смерти в раннем неонатальном периоде была в Южном (31,8%) и несколько меньшая в Западном (24,3%) и Северном (22,0%) регионах. В Восточном – 9,6% и в Центральном – 12,3% она была наименьшей.



По месту смерти основные потери детей были в родильных домах (51,7%), в перинатальных центрах (19,9%), родильных отделениях центральных районных больниц (11,5%) и совсем незначительные потери были в отделениях патологии новорожденных детских больниц (1,2%) и в детских больницах (3,9%) из числа всех госпитализированных

новорожденных в эти стационары. На дому умерло 0,3% из всех родившихся вне родильного стационара.

Итак, приведенные данные свидетельствуют о том, что в структуре смертности детей до 1 года (в структуре младенческой смертности) удельный вес новорожденных, умерших на первой неделе после рождения составляет 77,4% и на первом месяце жизни (в структуре неонатальной смертности) – 88,5%. Основные их потери в раннем неонатальном периоде происходят в городских родильных стационарах.

3.1.2. Характеристика матерей, дети которых умерли в раннем неонатальном периоде.

Матери умерших детей были из одинаковой возрастной группы, и такая закономерность прослеживалась по всем регионам. Основная часть матерей умерших детей была в возрасте от 20 до 29 лет (59,3%) и такая закономерность прослеживалась по всем регионам. Меньший процент составляли женщины в возрасте 30-39 лет (27%), в Центральном регионе их доля была выше (32,8%). Родильниц до 19 лет было 9,6%, доля которых в Северном (13,4%) и Южном (11,1%) регионах была больше. Наименьший удельный вес приходился на матерей старшего репродуктивного возраста – 40-49 лет (2,9%), доля которых в Западном (5,3%) и Центральном (3,6%) регионах была большей. Следовательно, основной контингент матерей умерших детей был в оптимальном детородном возрасте. Однако значительную долю составили и женщины молодого возраста – до 19 лет (9,6%).

По национальному составу казашки составили 65,3%, их наибольший удельный вес был в Центральном (84,7%) и Западном (70,6%) регионах. Русские матери составляли 22,1%, их наименьшая доля была в Центральном регионе (10,3%). Женщины остальных национальностей были представлены в единичных случаях.

83,6% матерей умерших детей состояли в браке и 14,6% – не состояли в браке (матери-одиночки). Обращает внимание большой удельный вес неработающих (63,1%), среди которых значительная доля приходится на женщин, имеющих среднее, среднее специальное образование (61,5%) и высшее (11,2%). Такая взаимосвязь прослеживается по всем регионам: чем больше процент женщин образованных, тем больше доля неработающих. Среди неработающих женщин 48,1% занимаются торговлей на базарах, шоп-турами, остальные – домохозяйки, 3,6% -- студентки колледжей, техникумов, ВУЗов. Немалый удельный вес приходится на женщин-рабочих в Центральном (15,2%) и Восточном (9,5%) регионах, тогда как в Западном (18,6%) и Северном (16,2%) значительную долю составляли служащие.

Итак, по социальному составу преобладающее большинство матерей умерших детей жили в материально необеспеченных семьях. Это создавало ситуацию хронического стресса во время беременности. Аналогичная ситуация отмечалась у женщин-одиночек в связи с беременностью вне брака и ее нежелательностью. Статус бедности определялся согласно показателям образования и трудоустройства. В дальнейшем к анализу этих критериев нужно подходить с осмотрительностью. Подтверждение желательной или нежелательной беременности также было трудно обнаружить.

Курящих матерей было 1,8% и с другими вредными привычками – 0,8 (злоупотребление алкоголем и наркотиками). Наибольшее число женщин с вредными привычками (8,2%) было в Южном регионе. Следовательно, приведенные данные недостаточны для подведения каких либо итогов по их влиянию на состояние здоровья умерших новорожденных.

Таблица 1

Характеристика матерей, дети которых умерли в раннем неонатальном периоде

	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Возраст матерей												
До 19 лет	48	7,7	58	13,4	27	11,1	15	7,9	40	8,4	188	9,6
20-29 лет	391	62,6	252	58,2	152	62,6	116	61,4	256	53,6	1167	59,3
30-39 лет	166	26,6	114	26,3	58	23,9	36	19,0	157	32,8	531	27,0
40-49 лет	17	2,7	9	2,1	5	2,1	10	5,3	17	3,6	58	3,0
не указано	3	0,5	2	0,5	4	0,4	9	4,8	6	1,3	24	1,2
Национальность												
Казашки	441	70	197	45,5	127	52,3	115	60,8	405	84,7	1285	65,3
Русские	75	12	154	35,6	92	37,9	65	34,4	49	10,3	435	22,1
Корейнки	6	1,0	1	0,2	2	0,8	0	0	0	0	9	0,5
Немки	4	0,6	29	6,7	8	3,3	2	1,1	4	0,8	47	2,4
Татарки	6	1,0	4	0,9	4	1,6	1	0,5	6	1,3	21	1,1
Уйгурки	6	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0,3
Другие	81	13,0	45	10,4	10	4,1	2	1,1	8	1,7	146	7,4
Не указано	6	1,0	3	0,7	0	0	1	0,5	4	0,8	14	0,8
Семейное положение												
Замужем	531	85,0	342	79,0	211	86,8	150	79,4	412	86,2	1646	83,6
Одинокая	83	13,3	85	19,6	32	13,2	29	15,3	58	12,1	287	14,6
Не указано	11	1,7	6	1,4	0	0,	7	3,7	6	1,2	30	2,6
Образование												
Начальное	0	0	2	0,5	1	0,4	1	0,5	1	0,2	5	0,3
Среднее	315	50,4	193	44,6	175	72,0	129	68,3	126	26,4	936	47,7
Средне-специальное	49	7,8	104	24,0	44	18,1	12	6,3	63	13,2	272	13,8
Высшее	62	9,9	60	13,9	21	8,6	12	6,3	65	13,6	220	11,2
Другое	2	0,3	1	0,2	0	0	2	1,1	8	1,7	13	0,7
Не указано	197	31,5	73	16,9	2	0,8	30	15,8	213	44,5	515	26,2
Социальное положение												
Служащая	73	11,7	70	16,2	21	8,6	14	7,4	89	18,6	267	13,6
Рабочая	31	5,0	35	8,1	37	15,2	18	9,5	41	8,6	162	8,2
Студентка	24	3,85	10	2,3	13	5,3	5	2,6	19	4,0	71	3,6
Безработная	446	71,4	201	46,4	156	64,2	137	72,5	302	63,2	1242	63,1
Другие виды работ	36	5,8	113	26,1	15	6,2	1	0,5	11	2,3	176	8,9
Не указано	15	2,4	4	0,9	1	0,4	11	5,8	14	2,9	45	2,3
Вредные привычки												
Курение	8	1,3	5	1,2	17	7,0	1	0,5	5	1,0	36	1,8
Алкоголь	2	0,3	2	0,5	1	0,4	1	0,5	0	0	6	0,3
Отсутствуют	195	31,2	391	90,3	201	82,7	105	57,7	443	92,7	1339	68,0
Другие (наркомания, токсич. Вещества)	5	0,8	0	0	2	0,8	2	1,1	1	0,2	10	0,5
Не знает	403	64,5	34	7,9	21	8,6	71	37,6	26	5,4	555	28,2
Не указано	12	1,9	1	0,2	1	0,4	2	1,1	1	0,2	17	0,5
Всего	625	100,0	433	100,0	243	100,0	189	100,0	478	100,0	1968	100,0

3.1.3. Акушерский анамнез и состояние здоровья матерей в период данной беременности, дети которых умерли в раннем неонатальном периоде.

Первородящие женщины составили 38,1%, повторнородящие – 61,0%, но первородящих было больше (48,5%), а повторнородящих – меньше (40,7%). Это объясняется значительной долей аборт в анамнезе женщин – 22,8%, самопроизвольных выкидышей – 14,0% и мертворождений – 4,0%.

35,5% матерей умерших новорожденных впервые встали на учет по беременности после 12-й недели, 8,8% – непосредственно перед родами и 19,1% – вообще не наблюдались во время данной беременности. Это обусловило позднее начало обследования беременных и несвоевременность проведения профилактических и лечебных мероприятий по предупреждению перинатальной патологии.

У 74,7% матерей умерших детей беременность протекала на фоне анемии и у 11,0 – других заболеваний крови, у 5,3% – эндокринной патологии, у 41,8% – воспалительных заболеваний гениталий, у 28,2% – респираторных инфекций. Нарушение питания диагностировано у 8% женщин.

Приведенные данные свидетельствуют о низком индексе здоровья матерей, потерявших детей в раннем неонатальном периоде и о снижении компенсаторных возможностей их организма. Не удивительно, что в 63,6% случаев беременность этих женщин осложнилась гестозом, неоднократной угрозой ее прерывания у 31,8%; многоводием у 13,1%, маловодием у 6,8%, хроническим недостатком плацента у 38,8%, преждевременной отслойкой плаценты у 19,9%, нефропатией у 10%, преэклампсией и эклампсией у 5,6%, разнообразной соматической патологией у 21,2%. Без осложнений беременность протекала только у 11% матерей. Следует вывод о том, что внутриутробный период у мертворожденных детей протекал неблагоприятно.

Преждевременные роды были в 56,4%, срочные – в 41,5% и запоздалые – в 2,1% случаев. Стремительные и быстрые роды наблюдались у 4,9% рожениц. Течение родов осложнялось преждевременным излитием околоплодных вод у 32,4% рожениц с безводным периодом более 12 часов – у 9,7%, меконий в околоплодных водах и зловонные воды отмечались в 12,7% случаев. В 7,6% родов проводилось вскрытие плодного пузыря. Выпадение петель пуповины было в 1,1% случаев. Кесарево сечение произведено у 19,7% женщин.

Таблица 2

Акушерский анамнез матерей новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде

	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Данная беременность												
Первая	229	236	171	39,5	90	37,0	73	38,6	186	38,9	249	38,1
Повторная	391	62,6	260	60,0	153	63,0	110	58,2	287	60,0	1201	61,0
Не помнит	3	0,5	1	0,2	0	0	3	1,6	3	0,6	10	0,5
Не указано	2	0,3	1	0,2	3	0,2	1	0,2	1	0,2	8	0,4
Данные роды												
Первые	247	438	236	54,5	124	51,0	94	49,7	226	74,3	954	48,5
Повторные	269	43,0	158	36,5	105	43,2	70	37,0	198	41,4	800	40,7
Многоплодные	74	11,8	37	8,5	14	5,8	13	6,9	48	10,0	186	9,5
Не помнит	1	0,2	0	0	0	0	3	1,6	1	0,2	5	0,3
Не указано	2	0,3	0	0	0	0	3	4,6	0	0	5	0,3
Отягощенный акушерский анамнез												
Аборты	109	17,4	128	29,6	70	28,8	46	24,3	96	20,0	449	22,8
Выкидыши	78	12,5	63	14,5	38	15,6	17	9,0	81	16,9	277	14,1
Мертворожденные	28	4,5	12	2,8	16	6,6	3	1,6	20	4,2	79	4,0
<u>Сроки взятия на учёт по беременности</u>												
до 12 недель	219	35,0	181	41,839,	95	39,1	73	38,6	183	38,3	750	38,1
позднее 12 недель	235	37,6	169	0	81	33,3	51	27,0	163	34,1	699	35,5
перед родами	23	3,7	24	5,6	35	14,4	28	14,8	21	4,4	173	8,8
не состояла на учёте	148	23,7	59	13,6	32	13,2	37	19,6	111	23,2	346	17,6
Всего	625	100,0	433	100,0	243	100,0	189	100,0	478	100,0	1968	100,0

Таблица 3

Заболевания, выявленные у матерей новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде

Заболевания	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Респираторные	188	30,1	133	30,7	87	35,8	54	28,6	92	19,2	554	28,2
Эндокринные	27	4,3	32	7,4	6	2,5	24	12,7	15	3,1	104	5,3
Анемия	499	79,8	288	66,5	173	71,2	131	69,3	379	79,3	1470	74,7
Инфекционно- паразитарные	32	5,1	58	13,4	19	7,8	9	4,8	26	5,4	144	7,3
Заболевания гениталий	224	35,8	217	50,1	94	38,7	69	36,5	218	45,6	822	41,8
Нарушение питания	42	6,7	45	10,4	13	5,3	20	10,6	38	7,9	158	8,0
Заболевания Системы крови	32	5,1	79	18,2	18	7,4	21	11,1	67	14,0	217	11,0
Всего	625	100,0	433	100,0	243	100,0	189	100,0	478	100,0	1968	100,0

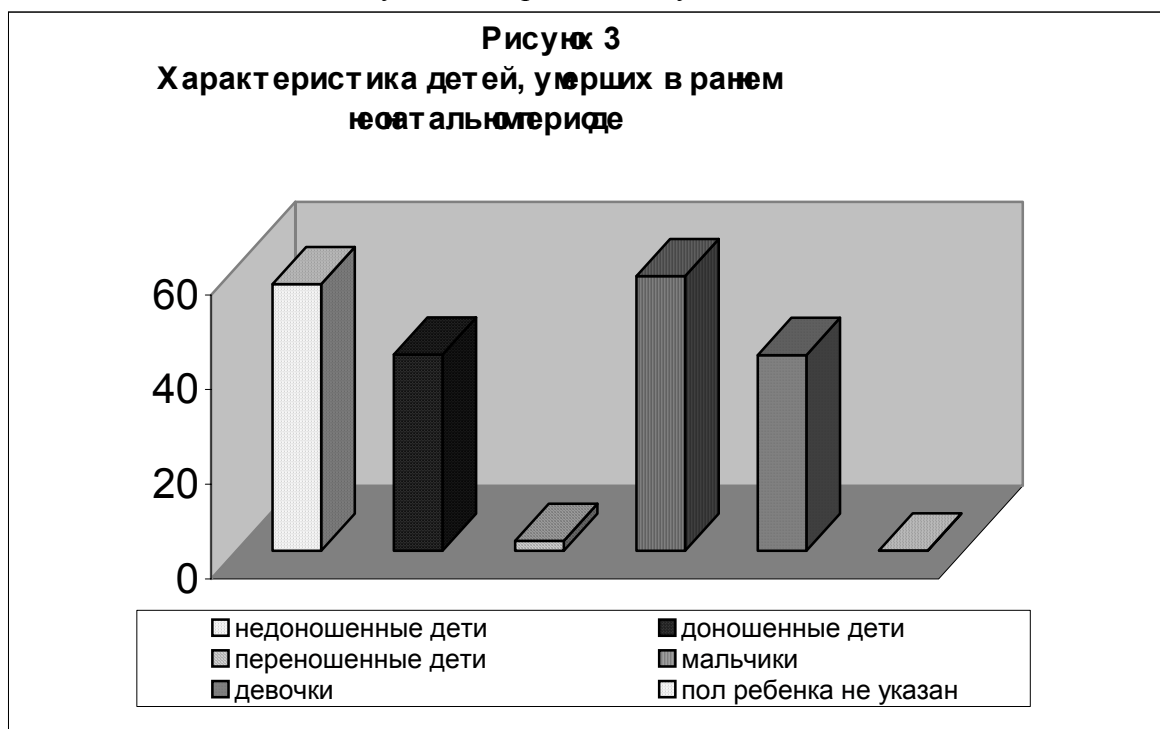
Таблица 4

Осложнения беременности и родов у матерей новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде

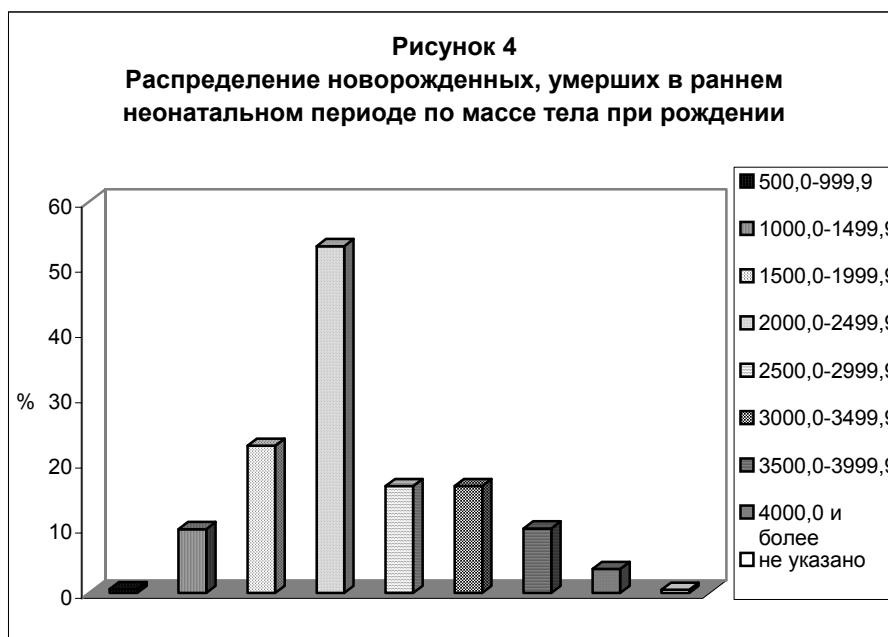
	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
<u>Осложнения беременности</u>												
Истмико-цервикальная недостаточность												
Маловодие	8	1,3	0	0	0	0	0	0	2	0,4	10	0,5
Многоводие	50	8,0	42	9,7	4	1,6	7	3,7	31	6,5	1354	6,8
Угроза прерывания	79	12,6	62	14,3	37	15,2	19	10,1	61	12,8	258	13,1
Многоплодие	189	30,2	185	42,7	64	26,3	35	18,5	152	31,8	625	31,8
Предлежание плаценты	35	5,6	15	3,5	7	2,9	0	0	14	2,9	71	3,6
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	11	1,8	3	0,7	2	0,8	2	1,1	6	1,3	24	1,2
Длительно-текущий гестоз в том числе	87	13,9	37	8,5	48	19,8	21	11,1	60	12,6	253	12,9
Нефропатия	279	44,6	237	54,7	124	51,0	78	41,3	227	47,5	945	48,0
Преэклампсия	29	4,6	44	10,2	80	32,9	13	6,9	30	6,3	196	10,0
Эклампсия	7	1,1	15	3,5	7	2,9	4	2,1	61	12,8	94	4,8
	5	0,8	2	0,5	1	0,4	0	0	4	0,8	12	0,6
<u>Осложнения в родах</u>												
Преждевременные	342	54,7	205	47,3	106	43,6	67	35,4	267	55,9	987	56,4
Быстрые	19	3,0	24	5,5	29	11,9	2	1,1	22	4,6	96	4,9
Несвоевременное излитие околоплодных вод	177	28,3	176	40,6	89	35,4	61	32,3	138	28,9	638	32,4
Безводный период до 12 часов	100	16,0	94	21,7	21	8,6	36	19,0	148	31,0	399	20,3
более 12 часов	55	8,8	50	11,5	7	2,9	9	4,8	70	14,6	191	9,7
Меконий в околоплодных водах	4	0,6	1	0,2	10	4,1	0	0	32	6,7	47	2,4
Зловонные воды	66	1,6	81	18,7	27	11,1	3	1,6	25	5,2	202	10,3
Выпадение петель пуповины	8	1,3	4	0,9	1	0,4	1	0,5	7	1,5	21	1,1
Амниотомия	52	8,3	20	4,6	9	3,7	20	10,6	27	5,6	128	6,5
Без осложнений	16	2,6	14	3,2	8	3,3	11	5,8	27	5,6	76	3,9
Кесарево сечение	143	22,9	86	19,9	50	20,6	33	17,5	76	15,9	388	19,7
Всего	625	100,0	433	100,0	243	100,0	189	100,0	478	100,0	1968	100,0

3.1.4. Характеристика детей, умерших в раннем неонатальном периоде.

Среди всех умерших в раннем неонатальном периоде, недоношенных новорожденных было 56,4%, доношенных – 41,5% и переношенных – 2,1%. Мальчиков родилось 58,1%, девочек – 41,4% и в 0,5% случаев пол ребенка не указан.



По массе тела при рождении от 500,0 до 999,9 г родилось всего 0,6% детей и от 1000,0 г до 1499,9 г – 9,8%. Следовательно, детей с очень низкой массой тела было 10,4%. Новорожденные с массой от 1500,0 г до 1999,9 г составили 22,6% и от 2000,0 г до 2499,9 г – 20,2%. Остальные новорожденные (56,8%) имели первоначальную массу 2500,0 г и более.



7,6% доношенных новорожденных родились с массой от 2800,0 до 2999,9 г (маленькие к сроку гестации) и имели клинические проявления задержки внутриутробного развития по гипотрофическому типу I степени. Удельный вес детей с первоначальной массой от 3000,0 г до 3499,9 г составляет 16,4%, от 3500 до 3999,9 г – 9,9% и от 4000,0 и более – 3,7%.

Итак, среди всех умерших большая доля представлена недоношенными новорожденными, из которых только 10,4% были с очень низкой массой, а остальные имели первоначальную массу от 1500,0 г и более. Среди доношенных 7,6% детей родились с задержкой внутриутробного развития, остальные – по антропометрическим данным соответствовали сроку гестации. Следовательно, основной контингент новорожденных, несмотря на низкий индекс здоровья большинства матерей и высокий удельный вес осложнений беременности и родов, по антропометрическим данным соответствовал сроку гестации.

34,5% новорожденных имели оценку по шкале Апгар в конце 1-й минуты после рождения 4-7 баллов, 16,8% – 0-3 балла и только 1,5% – 8-9 баллов, из чего следует, что большинство детей родились в среднетяжелом и тяжелом состоянии.

В конце 5-й минуты после рождения оценка 0-3 балла сохранялась у 8,3%, 4-7 баллов – у 36,4% и 8-9 баллов – у 7,0% новорожденных. Состояние 47,2% новорожденных не было оценено по Апгар, что может быть косвенным свидетельством невнимательного отношения к ним со стороны медицинского персонала. Возникает вопрос: почему преобладающее большинство новорожденных имеют низкие оценки по Апгар?

Как показал анализ времени смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде, 54,3% из них погибли до истечения первых суток после рождения (0 день), в последующие 47 часов потери составили 15,1% и в возрасте 48-72 часов – 10,6%, далее число смертей возрастало, составляя 20,0%.

Приведенные данные позволяют нам полагать, что низкие оценки по шкале Апгар, выявленные у подавляющего большинства новорожденных, по-видимому, обусловлены как тяжелым состоянием, так и ухудшением их состояния в течение первой минуты жизни вследствие неадекватных условий внешней среды, куда они попадают из «термостабильных» условий в утробе матери. Такое заключение позволяет нам сделать исследование, проведенное нами еще в 1997 году, показавшее, что ни в одном родильном стационаре республики температура в родильном зале не превышала 20°C, при должной 24-26°C. В этих условиях новорожденные моментально подвергаются охлаждению, способствующему ухудшению их состояния и реализации неотложных синдромов (Методические рекомендации Алматы, 1997 г.). Подтверждением такому мнению является и то, что в первые трое суток потери новорожденных были наибольшими, чем в последующие дни. Другими словами, состояние новорожденных ухудшалось на продолжительной основе.

Таблица 5
Характеристика новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде

	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	Абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Доношенные	211	33,7	186	42,9	115	47,3	100	52,9	204	42,7	810	41,5
Недоношенные	391	62,6	245	56,6	125	51,5	83	43,9	266	55,6	1110	56,4
Переношенные	23	3,7	2	0,5	3	1,2	6	3,2	5	1,0	39	2,1
Пол												
Мальчики	371	59,4	248	57,3	148	60,9	119	63,0	258	54,0	1444	58,1
Девочки	247	39,5	185	42,7	95	39,1	70	37,0	217	45,4	814	41,1
Не указано	7	1,1	0	0	0	0	0	0	3	0,6	10	0,5
Масса тела при рождении (г)												
500,0-999,9												
1000,0-1499,9	6	1,0	1	0,2	0	0	2	1,1	2	0,4	11	0,6
1500,0-1999,9	85	13,6	26	6,0	16	6,6	12	6,3	54	11,3	193	9,8
2000,0-2499,9	171	27,4	84	19,4	52	21,4	28	14,8	109	22,8	444	22,6
2500,0-2999,9	125	20,0	99	22,9	44	18,1	40	21,2	90	18,8	398	20,2
3000,0-3499,9	75	12,0	88	20,3	54	22,2	32	16,9	74	15,5	323	16,4
3500,0-3999,9	93	14,9	78	18,0	42	17,3	36	19,0	73	15,3	322	16,4
4000,0 и более	49	7,8	45	10,4	23	9,5	21	11,1	57	11,9	195	9,9
не указано	21	30,4	10	2,3	12	4,9	15	7,9	15	3,1	73	3,7
	0	0	2	0,5	0	0	3	1,6	4	0,8	9	0,5
Длина тела при рождении (см)												
До 35,0												
35,0-38,0	11	1,8	5	1,2	1	0,4	2	1,1	12	2,5	31	1,6
38,1-42,0	60	9,6	10	2,3	11	4,5	8	4,2	26	5,4	115	5,8
42,1-45,0	138	22,1	48	11,1	34	14,0	17	9,0	83	17,4	320	16,3
45,1-50,0	110	17,6	69	15,9	42	17,3	15	7,9	73	15,3	309	15,7
50,1-52,0	137	21,9	146	33,7	66	27,2	56	29,6	128	26,8	533	27,1
52,1 и более	66	10,6	48	11,1	38	15,6	31	16,4	63	13,2	246	12,5
не указано	93	14,9	102	23,6	44	18,1	45	23,8	86	18,0	370	18,8
	10	1,6	5	1,2	7	2,9	15	7,9	7	1,5	44	2,2
Всего	625	100,0	433	100,0	243	100,0	189	100,0	478	100,0	1968	100,0

Таблица 6

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар, умерших в раннем неонатальном периоде

Регионы	Оценка по Апгар в конце 1-й минуты после рождения (в баллах)										Оценка по Апгар в конце 5-й минуты после рождения (в баллах)									
	0-3		4-7		8-9		Оценка отсутст-ет		Итого		0-3		4-7		8-9		Оценка отсутст-ет		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Южный	152	24,3	227	36,3	7	1,1	239	38,2	625	100	69	11,0	254	40,6	42	6,7	260	41,6	625	100
Северный	65	15,0	161	37,2	6	1,4	201	46,4	433	100	34	7,9	162	37,6	32	7,4	205	47,3	433	100
Централь- ный	37	15,2	75	30,9	9	3,7	122	50,2	243	100	17	7,0	80	32,9	23	9,5	123	50,6	243	100
Восточный	13	6,9	83	43,9	4	2,1	89	47,1	189	100	9	4,8	81	42,9	10	5,3	89	47,1	181	100
Западный	64	13,4	134	28,0	2	0,4	278	58,2	478	100	35	7,3	139	29,1	30	6,3	274	57,3	478	100
Всего	331	16,8	680	34,6	28	1,4	929	47,2	1968	100	164	8,3	716	36,4	137	7,0	951	48,3	1968	100

3.1.5. Причины смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде

Основными причинами смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде были: синдром дыхательных расстройств - 14,6%, родовая травма - 14,4%, врожденные пневмонии - 13,7%, инфекции, специфичные для перинатального периода - 6,8%, врожденные пороки развития - 6,8%, геморрагические и гематологические нарушения - 6,8%, асфиксия в родах - 4,0% и гемолитическая болезнь новорожденного - 3,01%.

Под диагнозом СДР (14,5%) прошли все невыясненные респираторные нарушения и синдромы утечки воздуха, что, по-видимому, объясняется агрессивными методами бесконтрольной интенсивной, в том числе и оксигенотерапии, проводимой новорожденным по поводу низких оценок по шкале Апгар, расцениваемых, как правило, следствием перенесенной внутриутробной гипоксии.

Обращает внимание высокий удельный вес **внутриутробных пневмоний**. Если это истинно внутриутробные процессы (инфицирование плода происходит в антенатальном периоде), то, как правило, ребенок рождается в тяжелом состоянии и происходит быстрая дискреция в сепсис. В приводимой структуре случаи сепсиса отсутствуют. Это наталкивает на мысль, что пневмонии имеют постнатальный генез и их реализация – результат массивной колонизации новорожденных госпитальной микрофлорой и опять таки – гипотермии. микрофлорой и опять таки – гипотермии.

Детям, родившимся в **асфиксии**, степень ее тяжести определялась по шкале Апгар. Известно, что степень тяжести асфиксии определяется по другим параметрам. Оценка по Апгар, проводимая в конце 1-й минуты, может лишь характеризовать успешность проведенной реанимации. Следовательно, в анализируемых случаях начало проведения необходимых мер реанимации запаздывает на 1 минуту. Реанимация проводится устаревшими методами с последующей обязательной инфузионной терапией в палатах интенсивной терапии.

В Западном регионе имеется установка об обязательной оценке всех родившихся только по шкале Сильверман. Известно, что по этой шкале оценивается степень тяжести респираторного дистресс синдрома (болезнь гиалиновых мембран) у недоношенных новорожденных, который, кстати, развивается преимущественно у недоношенных с первоначальной массой менее 1500,0 г. Если же учесть, что таких детей было всего 10,4% и не у каждого из них была болезнь гиалиновых мембран, то очевидно, что имеет место гипердиагностика СДР, или возможная реализация синдрома респираторных нарушений на фоне гипотермии. Как ни странно этот диагноз выставляется нередко и доношенным.

Родовые травмы, как причина смерти новорожденных, стоят на втором месте. Их генез определяется не всегда обоснованным проведением стимуляции родовой деятельности и применением акушерских пособий в родах.

Высокий показатель внутриутробных пневмоний у новорожденных логично сочетается с хроническими воспалительными заболеваниями половых путей у матерей умерших детей.

Гемолитическая болезнь с водянкой плода и поражением ядер мозга была причиной смертности 1,5% новорожденных. Потери новорожденных с гемолитической болезнью на современном этапе развития науки и практики непростительны, так как существуют эффективные методы ее профилактики и терапии.

Новорожденные (преждевременно рожденные) с геморрагическими нарушениями умирали после трех дней жизни. Это происходит из-за неадекватной интенсивной терапии и контроля над ней, что подтверждается высоким удельным весом геморрагических и гематологических нарушений в структуре ранней неонатальной смертности значителен – 6,4%. Среди детей, умерших в возрасте одной недели, процент врожденных аномалий составляет 1.7%. Дети с врожденными инфекциями также умерли в первую неделю жизни.

Так, в ходе оценки причин смерти новорожденных, врачи-эксперты, помимо экспертной оценки историй родов и историй развития новорожденных, имели возможность познакомиться с работой неонатологов родильных стационаров и отделений патологии детских больниц непосредственно в деле. Было выяснено, что только в единичных родильных стационарах соблюдается должный температурный режим (особенно в осенне-зимний сезон). В родильных отделениях, например, температура воздуха редко достигала 20-22°C (при должной 24-26°C), что, как уже подчеркивалось выше, способствует быстрому развитию гипотермии и ухудшению состояния новорожденных с реализацией неотложных состояний. Последнее служит основанием к проведению необоснованной инфузионной и другой лекарственной терапии, разделению матери и ребенка в послеродовых палатах, позднему прикладыванию новорожденных к груди матери.

Отсутствует практика кормления новорожденных детей сцеженным материнским молоком при их вынужденном пребывании в палатах интенсивной терапии. Совершенно не используется, положительно зарекомендовавший себя во многих странах метод выхаживания недоношенных детей – «кенгуру». А ведь как уже отмечалось выше, большинство умерших недоношенных детей (42.8%) имели массу при рождении более 1500 грамм и, следовательно, даже при наличии у них заболеваний, показано вскармливание материнским молоком и проведение метода «кенгуру». Для выхаживания этого контингента новорожденных в большинстве случаев (особенно с массой 1800,0 и более г) не нужна дорогостоящая перинатальная технология, на отсутствие которой уповают большинство врачей родильных стационаров.

Неправильная оценка состояния родившегося ребенка, поздно начатые, а чаще неадекватные меры реанимации и интенсивной терапии обуславливают ухудшение первоначального состояния новорожденных. Они из родильного зала переводятся в отделения (палаты) интенсивной терапии, куда допуск матери, как правило, запрещен. Создается своеобразный **«порочный» круг**: раздельное содержание матери и ребенка, → позднее грудное вскармливание, --→ гипотермия и, как ее следствие → развитие неотложных синдромов, → преимущественная колонизация новорожденного злостной госпитальной микрофлорой (в палатах интенсивной терапии и при контакте с постоянно меняющимся медперсоналом), → нарушение процессов формирования собственного биоценоза новорожденного (колонизационной резистентности), → реализация заболеваний и летальный исход. Позднее грудное вскармливание было обнаружено в ходе анализа журнала кормлений, однако доказать это не удалось. Точное число инфузий также не удалось определить.

Таблица 7

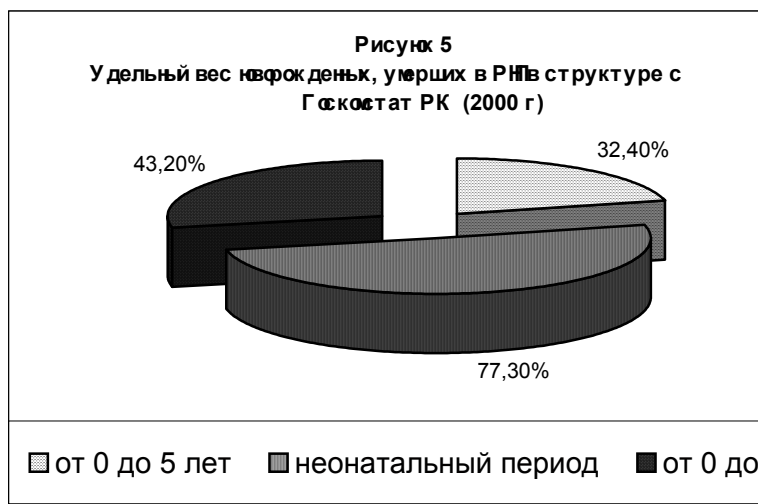
Причины смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде

	Шифр МКБ	РЕГИОНЫ											
		Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
		абс.	%	Абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Дыхательные расстройства и другие респираторные нарушения	P22 P28	132	21,1	53	12,2	21	8,6	39	20,6	43	9,0	288	14,6
Родовая травма	P10-15	101	16,2	64	14,8	24	9,9	28	14,8	68	14,2	283	14,4
Врожденная пневмония	P23	91	14,6	80	18,5	23	9,5	24	12,7	51	10,6	269	13,7
Врожденные пороки развития		55	8,8	51	11,8	7	2,9	6	3,2	15	3,1	134	6,8

Таким образом, проведенный анализ причин потери новорожденных в раннем неонатальном периоде показал, что смертность новорожденных при таких управляемых состояниях как родовая травма, асфиксия в родах, зависящих от тактики ведения родов и своевременности проведения адекватной, неагрессивной реанимации и интенсивной терапии вполне предотвратима путем внедрения в практику акушерских стационаров щадящих методов родоразрешения и реанимации новорожденных. Респираторные нарушения – СДР, так часто диагностируемые у новорожденных, по всей вероятности, реализуются на фоне гипотермии и неадекватных мер помощи новорожденным.

Нами ни в коем случае не отрицается сложившаяся концепция, о том, что состояние здоровья новорожденного определяется состоянием здоровья матери и отражает благополучие пренатального его развития и процесса рождения. И тем не менее, потери доношенных и недоношенных детей с массой более 1800 грамм во многих случаях были не всегда оправданы и возможность их предотвратимости в 50% случаев была реальной.

Считаем должным подчеркнуть, что общее число мертворождений в ранний неонатальный период в Казахстане составило 1791 в 2000г (данные Гос. Агентства по статистике). Состояние здоровья мертворожденных детей в значительной степени зависит от хода беременности, развития и тяжести осложнений, а также их воздействий как на плод, так и на новорожденного. В структуре причин смертности среди новорожденных внутриутробные инфекции занимают довольно высокий показатель (6.8%). Нарушения, вызванные ВПР, диагностировались в 2,35% случаев. Предписанная медикаментозная терапия часто была необоснованна, что подтверждается 41,2% доношенных новорожденных, умерших после рождения. Основными причинами их смерти были асфиксия и родовые травмы.



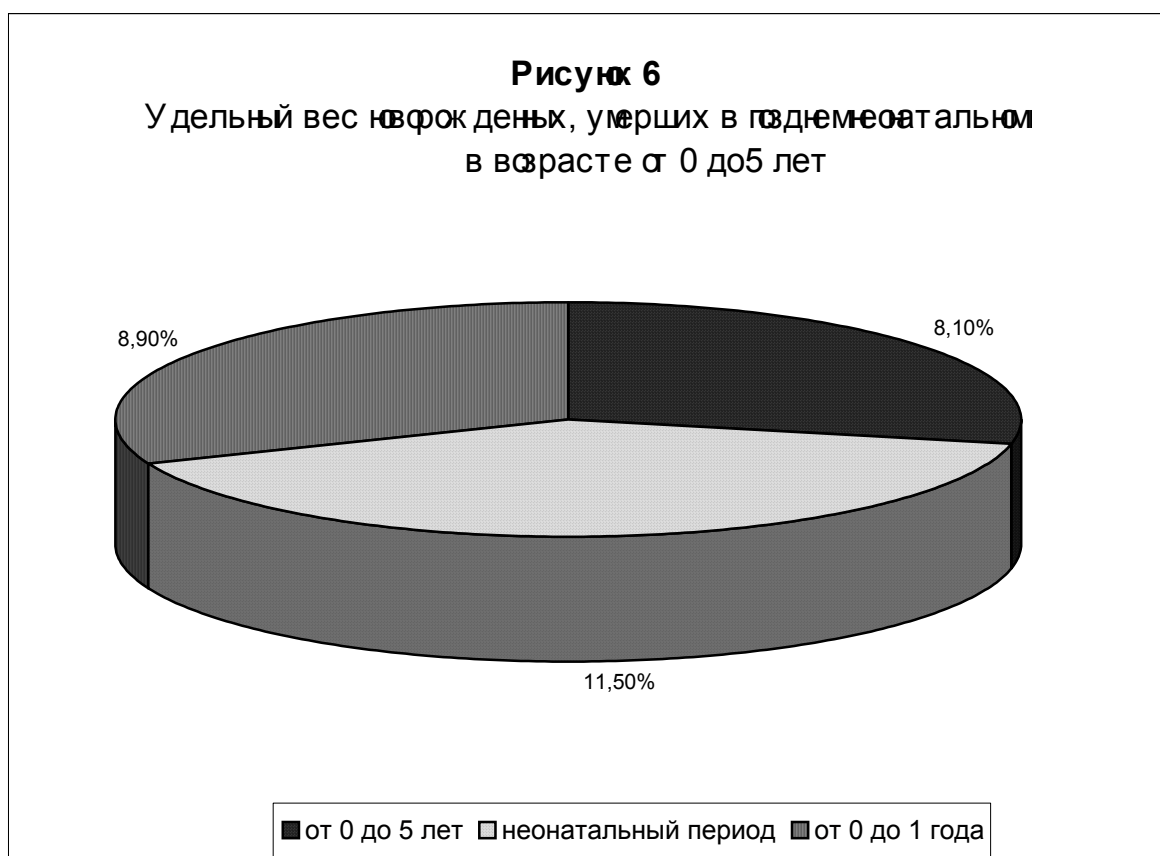
Необходимо отметить, что всего по республике Казахстан в 2000 году в раннем неонатальном периоде умерло 1791 новорожденных (данные Гос. Агентства по статистике, 2000 год), а по данным нашего анализа 1968. Разницу в 177 детей составили выявленные в ходе экспертизы недоношенные новорожденные с первоначальной массой от 500 г до 1500 г, не вошедшие в официальную статистику. Следовательно, можно ожидать, что при переходе на критерии ВОЗ, возможно повышение ранней неонатальной смертности.

3.2. Анализ смертности новорожденных в позднем неонатальном периоде (в возрасте от 8 до 28 суток).

3.2.1. Удельный вес новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде в структуре смертности детей от 0 до 5 лет и по месту события.

В позднем неонатальном периоде умерло 256 детей, что составило 8,1% из общего числа умерших в возрасте от 0 до 5 лет, 8,9% из до 1 года. Городских жителей было 99,2%, сельских – 0,8% от общего числа смертности по всем регионам.

Наибольшая доля умерших в позднем неонатальном периоде зарегистрирована в Южном регионе – 106 (41,4%). В Западном и Северном регионах их число было почти равным – 57 (22,3%) и 50 (19,5%) соответственно, несколько меньше в Центральном – 31 (12,1%) Наименьшее число умерших было в Восточном регионе – 11 (4,7%).



Наибольшее число умерших было в детских соматических больницах и других учреждениях (37,1%). На дому умерло 7 новорожденных (2,7%). Следовательно, потери основного контингента младенцев анализируемого возраста происходили в больничных учреждениях.

3.2.2. Характеристика матерей, дети которых умерли в позднем неонатальном периоде.

Большая половина женщин, потерявших детей в позднем неонатальном периоде (55,9%), была в возрасте 20-29 лет. Меньшую долю представляли женщины в возрасте 30-39 лет (21,9%). Молодые матери (до 19 лет) составляли 10,9%, а старше 40 лет – всего 1,2%. Следовательно, основной контингент матерей был в оптимальном детородном возрасте.

Как и в предыдущей группе, основной контингент женщин был коренной национальности (66,0%) и русские (22,3%). Замужних – 78,9%, матерей-одиночек – 14,8%.

57,4% матерей имели среднее и среднее специальное образование, 7,4% - высшее. С начальным образованием было всего 0,8% женщин и в 32,0% случаев уровень их образования не был отмечен. Как и в предыдущем анализе (смертность новорожденных в раннем неонатальном периоде) прослеживается преобладание числа неработающих женщин (67,6%) и большинство из них занимаются торговлей на базарах. Следовательно, социальное положение и этих женщин не отличалось благополучием.

57,8% матерей не имели вредных привычек, у 2,0% -- они имелись, и в остальных случаях – сведения отсутствовали.

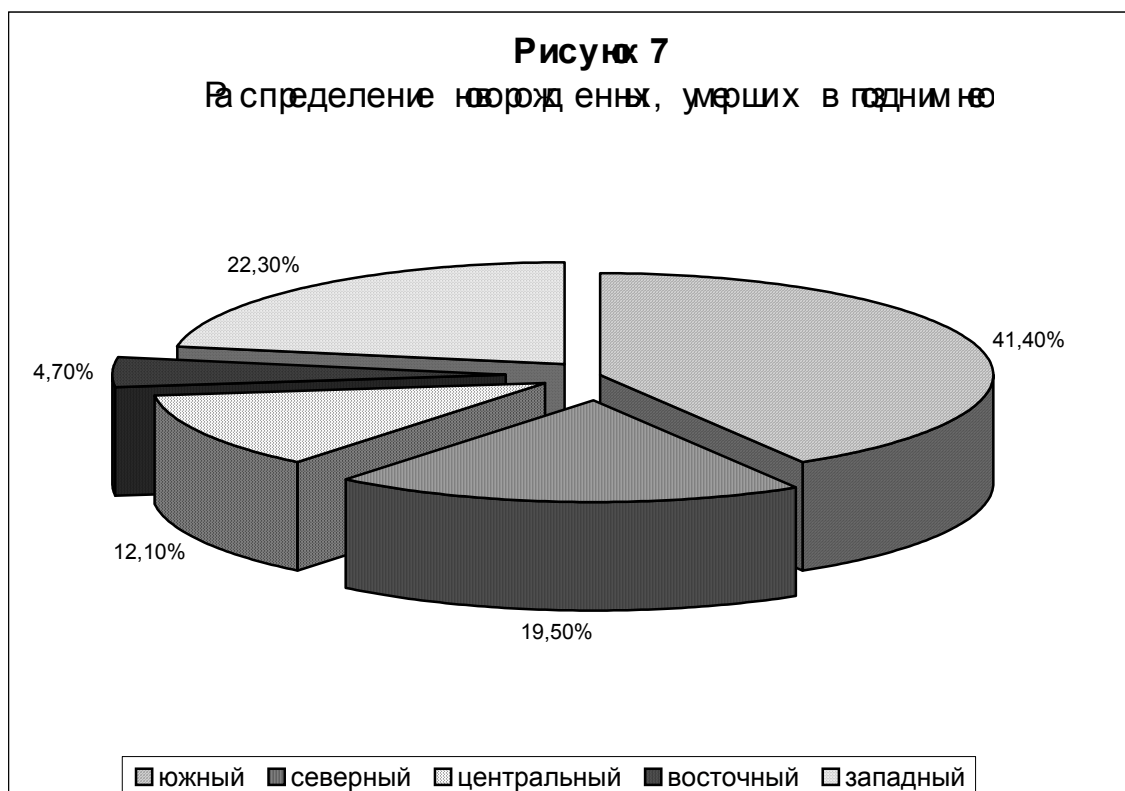


Рисунок 8
Распределение новорожденных умерших в г.д.м.е.н

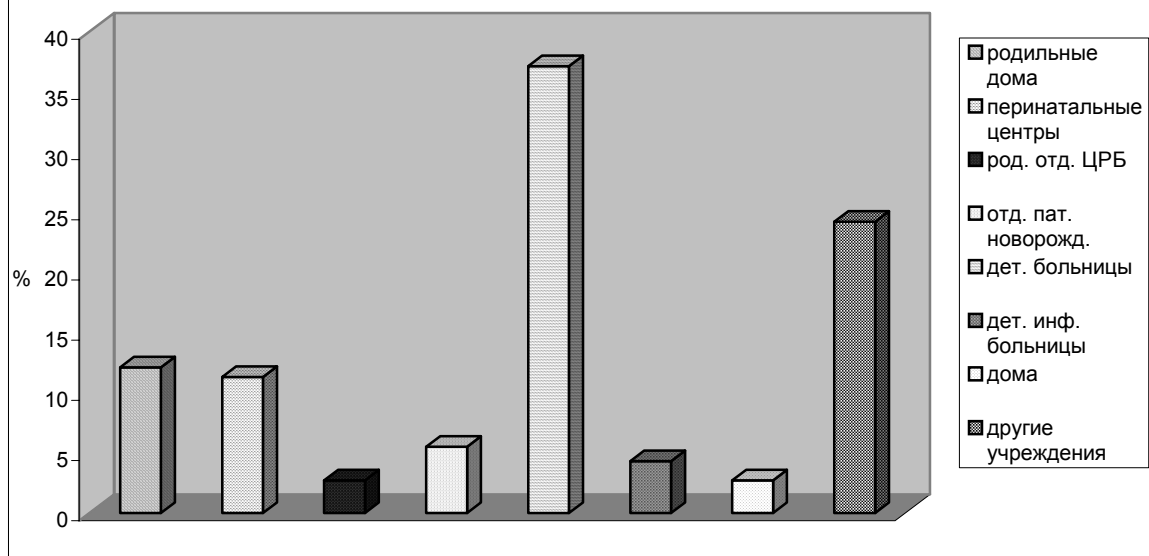


Таблица 8

Характеристика матерей, дети которых умерли в позднем неонатальном периоде

	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
<u>1</u>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<u>Возраст матерей</u>												
До 19 лет	12,0	11,3	4,0	8,0	5,0	16,1	1,0	8,3	6,0	10,5	28,0	10,9
20-29 лет	68,0	64,2	33,0	66,0	19,0	61,3	4,0	33,3	19,0	33,3	143,0	55,9
30-39 лет	18,0	17,0	13,0	26,0	6,0	19,4	1,0	8,3	18,0	31,6	56,0	21,9
40-49 лет	3,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	1,2
не указано	3,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	41,7	13,0	22,8	21,0	8,2
<u>Национальность</u>												
Казашки	72,0	67,9	29,0	58,0	15,0	48,4	8,0	66,7	45,0	78,9	169,0	66,0
Русские	17,0	16,0	17,0	34,0	13,0	41,9	3,0	25,0	7,0	12,3	57,0	22,3
Корейнки	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,8	1,0	0,4
Немки	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,4
Татарки	1,0	0,9	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,8
Уйгурки	2,0	1,9	0,0	0,0	1,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	1,2
Другие	12,0	11,3	2,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,0	5,5
Не указано	0,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,3	4,0	1,6
<u>Семейное положение</u>												
Замужем	80,0	75,5	40,0	80,0	28,0	90,3	5,0	41,7	49,0	86,0	202,0	78,9
Одинокая	17,0	16,0	8,0	16,0	2,0	6,5	4,0	33,3	7,0	12,3	38,0	14,8
Не указано	7,0	6,6	2,0	4,0	0,0	0,0	20,	16,7	0,0	0,0	11,0	4,3
<u>Образование</u>												
Начальное	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,8	2,0	0,8
Среднее	49,0	46,2	30,0	60,0	24,0	77,4	4,0	33,3	16,0	28,1	123,0	48,0
Средне-специальное	8,0	7,5	11,0	22,0	1,0	3,2	0,0	0,0	4,0	7,0	24,0	9,4
Высшее	3,0	2,8	6,0	12,0	3,0	9,7	1,0	8,3	6,0	10,5	19,0	7,4
Не указано	43,0	40,6	3,0	6,0	2,0	6,4	6,0	50,0	29,0	50,9	83,0	32,4

Таблица 8, Продолжение

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<u>Социальное</u> <u>положение</u>	5,0	4,7	5,0	10,0	2,0	6,5	1,0	,3	7,0	12,3	20,0	7,8
Служащая	5,0	4,7	4,0	8,0	4,0	12,9	0,0	0,0	0,0	0,0	13,0	5,1
Рабочая	1,0	0,9	3,0	6,0	2,0	6,5	0,0	0,0	2,0	3,5	8,0	3,1
Студентка	80,0	75,5	29,0	58,0	22,0	71,0	4,0	33,3	38,0	66,7	173,0	67,6
Безработная	3,0	2,8	9,0	18,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,025,	4,7
Другие виды работ	10,0	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	50,0	9,0	15,8	0	9,8
Не указано												
<u>Вредные привычки</u>												
Курение	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	9,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	1,2
Алкоголь	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,4
Отсутствуют	29,0	27,4	46,0	92,0	24,0	77,4	1,0	8,3	48,0	84,2	148,0	57,8
Другие (наркомания, токсич. вещества)	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,4
Не указано	74,0	69,8	4,0	8,0	2,0	6,5	10,0	83,3	8,0	14,0	98,0	38,3
Всего	106,0	100,0	50,0	100,0	31,0	100,0	12,0	100,0	57,0	100,0	256,0	100,0

3.2.3. Акушерский анамнез и состояние здоровья матерей, дети которых умерли в позднем неонатальном периоде.

У 56,3% женщин данная беременность была повторной, у 38,3% - первой. При этом первородящих (46,9%) было больше, чем повторнородящих (38,7%). Многорожавшие составили 7,8%.

Акушерский анамнез матерей был отягощен абортами (15,2%), выкидышами (14,1%), мертворождениями (1,6%), что свидетельствовало о наличии у них хронических воспалительных процессов органов мочеполовой системы.

23,5% женщин впервые встали на учет при данной беременности после 12-й недели гестации, 17,9% - не состояли на учете, 2% - встали на учет непосредственно перед родами и в 44,2% случаев информация отсутствовала, что позволяет отнести этих женщин к числу не состоявших на учете в женской консультации.

Данная беременность у 66,4% матерей, дети которых умерли в позднем неонатальном периоде, протекала на фоне анемии, у 28,9% - респираторной инфекции, у 34,6% - генитальных заболеваний, у 4,3% - эндокринной патологии и заболеваний системы крови - у 6,3%. В 9,8% случаев диагностированы инфекции половых путей без идентификации этиологического фактора.

Течение данной беременности у 49,2% женщин, потерявших детей в позднем неонатальном периоде, было осложнено длительно текущим гестозом, у 41,2% - нефропатией, преэклампсией и эклампсией, у 11,2% - многоводием и маловодием. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты была у 5,5% женщин.

Итак, низкий индекс здоровья матерей умерших новорожденных определил осложненное течение беременности у большинства из них. Однако формирование хронической плацентарной недостаточности не зафиксировано ни в одном случае, что позволяет предполагать сохранность компенсаторных возможностей их организма, влияющих на развитие плода.

Роды в большинстве случаев протекали с ранним вскрытием плодного пузыря (27,7%) и преждевременным излитием околоплодных вод (27,0%), с безводным периодом более 12 часов в 8,6% случаев. Кесарево сечение проводилось в 10,2% случаев по поводу отслойки плаценты и безрезультативности стимуляции при слабости родовой деятельности.

Таблица 9

Акушерский анамнез матерей новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде

	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Данная беременность	42,0	39,6	18,0	36,0	9,0	29,0	7,0	58,3	22,0	38,6	98,0	38,3
Первая	59,0	55,7	32,0	64,0	21,0	67,7	3,0	25,0	29,0	50,9	144,0	56,3
Повторная	3,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	8,3	5,0	8,8	9,0	3,5
Не указано												
Данные роды												
Первые	50,0	47,2	24,0	48,0	15,0	48,4	7,0	58,3	24,0	42,1	120,0	46,9
Повторные	40,0	37,7	18,0	36,0	15,0	48,4	2,0	16,7	24,0	42,1	99,0	38,7
Многоплодные	9,0	8,5	8,0	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,3	20,0	7,8
Не указано	2,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,8
Отягощенный акушерский анамнез												
Аборты	16,0	15,1	12,0	24,0	7,0	22,6	3,0	25,0	1,0	1,8	39,0	15,2
Выкидыши	16,0	15,1	10,0	20,0	5,0	16,1	1,0	8,3	4,0	7,0	36,0	14,1
Мертворожденные	1,0	0,9	1,0	2,0	0,0	0,0	1,0	8,3	1,0	1,8	4,0	1,6

Таблица 10

Заболевания, выявленные у матерей новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде

Заболевания	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Респираторные	28,0	18,9	27,0	25,5	11,0	23,9	2,0	10,0	6,0	8,5	74,0	18,9
Эндокринные	5,0	3,4	4,0	3,8	0,0	0,0	1,0	5,0	1,0	1,4	11,0	2,8
Анемия	66,0	44,6	38,0	35,8	19,0	41,3	7,0	35,0	40,0	56,3	170,0	43,5
Инфекционно- паразитарные	10,0	6,8	6,0	5,5	7,0	15,2	1,0	5,0	1,0	1,4	25,0	6,4
Заболевания гениталий	34,0	23,0	25,0	23,6	7,0	15,2	8,0	40,0	15,0	21,1	89,0	22,8
Нарушение питания	1,0	0,7	1,0	0,9	1,0	2,2	1,0	5,0	2,0	2,8	6,0	1,5
Заболевания системы крови	4,0	2,7	5,0	4,7	1,0	2,2	0,0	0,0	6,0	8,5	16,0	4,1
Всего	148,0	100,0	106,0	100,0	46,0	100,0	20,0	100,0	71,0	100,0	391,0	100,0

Таблица 11

Осложнения беременности и родов у матерей новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде

	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
<u>Осложнения беременности</u>												
Маловодие	1,0	0,9	6,0	12,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,8	8,0	3,1
Многоводие	12,0	11,3	2,0	4,0	1,0	3,2	0,0	0,0	6,0	10,5	21,0	8,2
Угроза прерывания	32,0	30,2	27,0	54,0	9,0	29,0	1,0	8,3	15,0	26,3	84,0	32,8
Многоплодие	11,0	10,4	2,0	4,0	1,0	3,2	0,0	0,0	2,0	3,5	16,0	6,3
Предлежание плаценты	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,4
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	6,0	5,7	3,0	6,0	4,0	12,9	1,0	8,3	0,0	0,0	14,0	5,5
Длительно-текущий гестоз:	38,0	35,8	39,0	78,0	15,0	48,4	7,0	58,3	27,0	47,4	126,0	49,2
Нефропатия	4,0	3,8	26,0	52,0	8,0	25,8	1,0	8,3	9,0	15,8	48,0	18,8
Преэклампсия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	8,8	5,0	2,0
Эклампсия	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,4
Без осложнения	9,0	8,5	2,0	4,0	9,0	29,0	1,0	8,3	4,0	7,0	25,0	9,8
Не указано	21,0	19,8	1,0	2,0	0,0	0,0	1,0	8,3	16,0	28,1	38,0	15,3
<u>Осложнения в родах</u>												
Преждевременные	45,0	30,4	28,0	31,1	9,0	20,0	5,0	21,7	29,0	28,7	116,0	28,5
Стимуляция родов	1,0	0,7	4,0	4,4	2,0	4,4	0,0	0,0	4,0	4,0	11,0	2,7
Несвоевременное излитие околоплодных вод	16,0	10,8	20,0	22,2	12,0	26,7	7,0	30,4	16,0	15,8	71,0	17,4
Безводный период до 12 часов	14,0	9,6	11,0	12,2	2,0	4,4	2,0	8,7	18,0	17,8	47,0	11,5
более 12 часов	3,0	2,0	8,0	8,8	1,0	0,02	1,0	4,3	9,0	8,9	22,0	5,4
Меконий в околоплодных водах												
Зловонные воды	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,0	3,0	0,7
Амниотомия	6,0	4,1	1,0	1,1	1,0	0,02	0,0	0,0	1,0	1,0	9,0	2,2
Кесарево сечение	2,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	8,7	2,0	1,9	6,0	1,5
Без осложнений	17,0	11,5	5,0	5,6	1,0	0,02	0,0	0,0	3,0	3,0	26,0	6,4
Не указано	13,0	8,8	9,0	10,0	12,0	26,7	1,0	4,3	0,0	0,0	35,0	8,6
	31,0	20,9	4,0	4,4	5,0	11,1	5,0	21,7	16,0	15,8	61,0	15,0
Всего	148,0	100,0	90,0	100,0	45,0	100,0	23,0	100,0	101,0	100,0	407,0	100

Таблица 12

Характеристика новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде

	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	абс.	%	Абс.	%	абс.	Абс.	абс.	%
Доношенные	34,0	32,1	22,0	44,0	16,0	51,6	4,0	33,3	25,0	43,9	101,0	39,5
Недоношенные	40,0	37,7	27,0	54,0	14,0	45,2	6,0	50,0	19,0	33,3	106,0	41,4
Переношенные	3,0	2,8	1,0	2,0	1,0	3,2	1,0	8,3	1,0	1,8	7,0	2,7
Не указано	29,0	27,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	8,3	12,0	21,0	42,0	16,4
ИТОГО:	106,0	100,0	50,0	100,0	31,0	100,0	12,0	100,0	57,0	100,0	256,0	100,0
Пол												
Мальчики	60,0	56,6	32,0	64,0	19,0	61,3	9,0	75,0	41,0	71,9	161,0	62,9
Девочки	45,0	42,5	18,0	36,0	12,0	38,7	3,0	25,0	15,0	26,3	93,0	36,3
Не указано	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,8	2,0	0,8
Масса тела при рождении (г)												
500,0-999,9	1,0	0,9	2,0	4,0	3,0	9,7	1,0	8,3	0,0	0,0	7,0	2,7
1000,0-1499,9	10,0	9,4	1,0	2,0	3,0	9,7	1,0	8,3	4,0	7,0	19,0	7,4
1500,0-1999,9	21,0	19,8	10,0	20,0	0,0	0,0	1,0	8,3	8,0	14,0	40,0	15,6
2000,0-2499,9	14,0	13,2	6,0	12,0	7,0	22,6	4,0	33,3	17,0	29,8	48,0	18,8
2500,0-2999,9	15,0	14,2	13,0	26,0	7,0	22,6	1,0	8,3	10,0	17,5	46,0	18,0
3000,0-3499,9	21,0	19,8	10,0	20,0	5,0	16,1	1,0	8,3	11,0	19,3	48,0	18,8
3500,0-3999,9	13,0	12,3	8,0	16,0	3,0	9,7	2,0	16,7	6,0	10,5	32,0	12,5
4000,0 и более	6,0	5,7	0,0	0,0	3,0	9,7	0,0	0,0	1,0	1,8	10,0	3,9
не указано	5,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	8,3	0,0	0,0	6,0	2,3
Длина тела при рождении (см)												
До 35,0	1,0	0,9	1,0	2,0	2,0	6,5	1,0	8,3	0,0	0,0	5,0	2,0
35,0-38,0	5,0	4,7	0,0	0,0	3,0	9,7	1,0	8,3	2,0	3,5	11,0	4,3
38,1-42,0	9,0	8,5	8,0	16,0	0,0	0,0	2,0	16,7	4,0	7,0	23,0	9,0
42,1-45,0	14,0	13,2	5,0	10,0	3,0	9,7	2,0	16,7	8,0	14,0	32,0	12,5
45,1-50,0	23,0	21,7	15,0	30,0	12,0	38,7	0,0	0,0	17,0	29,8	67,0	26,2
50,1-52,0	11,0	10,4	8,0	16,0	3,0	9,7	0,0	0,0	9,0	15,8	31,0	12,1
52,1 и более	11,0	10,4	11,0	22,0	5,0	16,1	2,0	16,7	13,0	22,8	42,0	16,4
не указано	32,0	30,2	2,0	4,0	3,0	9,7	4,0	33,3	4,0	7,0	45,0	17,6
Всего	106,0	100,0	50,0	100,0	31,0	100,0	12,0	100,0	57,0	100,0	256,0	100,0

Таблица 13

Оценка состояния новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде по шкале Апгар

Регионы	Оценка по Апгар в конце 1-й минуты после рождения (в баллах)										Оценка по Апгар в конце 5-й минуты после рождения (в баллах)									
	0-3		4-7		8-9		Оценка отсутст-ет		Итого		0-3		4-7		8-9		Оценка отсутст-ет		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Южный	12,0	11,3	41,0	38,7	1,0	0,9	52,0	49,1	106,0	100	4,0	3,8	44,0	41,5	8,0	7,5	50,0	47,2	106	100
Северный	2,0	4,0	47,0	94,0	1,0	2,0	0,0	0,0	50,0	100	1,0	2,0	38,0	76,0	8,0	16,0	3,0	6,0	50,0	100
Централь- ный	3,0	9,7	11,0	95,5	1,0	3,2	16,0	51,6	31,0	100	1,0	3,2	11,0	35,5	3,0	9,7	16,0	51,6	31,0	100
Восточный	1,0	8,3	6,0	50,0	0,0	0,0	5,0	41,7	12,0	100	0,0	0,0	7,0	58,3	0,0	0,0	5,0	41,7	12,0	100
Западный	6,0	10,5	29,0	55,9	1,0	1,8	21,0	36,8	57,0	100	2,0	3,6	29,0	50,9	12,0	21,1	14,0	24,6	57,0	100
Всего	24,0	9,4	134,0	52,3	4,0	1,6	34,0	36,7	256,0	100	8,0	3,1	129	50,4	31,0	12,1	88,0	34,4	256	100

3.2.4. Характеристика новорожденных, умерших в позднем неонатальном периоде.

Среди всех умерших в позднем неонатальном периоде доношенных новорожденных было меньше (39,5%), чем недоношенных (41,4%). Но эта разница была незначительной –5,7%. В 2,7% случаев – роды переносным плодом и в 16,4 % случаев информация о сроках гестации отсутствовала, но по первоначальной массе тела они относились к большевесным .

В анализируемой группе умерших новорожденных с первоначальной массой от 500 до 999,9 г родилось 2,7%, от 1000,0 до 1499,9 г – 7,4%, от 1500,0 до 1999,9 г – 15,6% младенцев. Новорожденные с остальными весовыми показателями родились в одинаковом проценте случаев, в частности: 2000,0-2499,9 г – 18,8%, 2500,0-2999,9 г – 18,0% и 3000,0-3499,9 г –18,8%. В меньшем проценте представлены дети с массой 3500,0-3999,9 г – 12,5%, 4000,0 и более – 3,9%.

Следовательно, прослеживается та же закономерность распределения детей по весовым категориям, выявленная при анализе случаев смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде: новорожденные с массой до 1500,0 г (с очень низкой массой) составляли 10,1% (из 41,4%), остальные 58,6% - имели массу при рождении более 1500,0 г, что позволяет отнести их (особенно с массой 1800,0 и более) к категории новорожденных с меньшим перинатальным риском. Ни у одного из них не диагностировано несоответствие антропометрических данных сроку гестации, что также подтверждает высказанное выше мнение о сохранности их компенсаторных возможностей подтверждает высказанное выше мнение о сохранности их компенсаторных возможностей.

Среди доношенных 35,8% новорожденных имели массу при рождении, соответствующую их гестационному возрасту и лишь 3,8% родились с ЗВУР по гипотрофическому типу. Состояние новорожденных при рождении было оценено по Апгар только в 62,3% случаев, в остальных 37,7% - эта оценка отсутствовала. Из числа оцененных, большинство (52,3%) родились в состоянии средней тяжести и имели оценку по Апгар 4-7 баллов, 9,3% - были в тяжелом состоянии и имели оценку 0-3 балла и только 1,6% детей родились в удовлетворительном состоянии и имели оценку 8-9 баллов. Через 5 минут после рождения оценка 0-3 балла была у 3,1%, 4-7 баллов – у 50,3% и 8-9 баллов – у 12,2% детей. Отсутствие положительной динамики в состоянии новорожденных через 5 минут после рождения свидетельствует о безрезультативности, а возможно и об отсутствии, мер должной медицинской помощи.

3.2.5. Причины смертности новорожденных в позднем неонатальном периоде

Основные причины смерти новорожденных в позднем неонатальном периоде: родовые травмы (20,3%), внутриутробные инфекции (18%), врожденные пороки развития (13,7%), геморрагические и гематологические нарушения (6,6%), гемолитическая болезнь новорожденных (3,5%) и СДР (2,3%). Ведущее положение в приведенной структуре родовых травм позволяет полагать, что не во всех случаях возможен их травматический генез. При тщательном анализе каждого случая смерти от родовых травм было выявлено, что в 9,4% к ним были отнесены субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния, а также все ВЖК, диагностированные позже 6-х суток. Среди инфекций, специфичных для перинатального периода, лидирующее положение занимают врожденные вирусные болезни и другие врожденные инфекции (17,9%). Вполне вероятно реализация, на столь неблагоприятном фоне, и бактериальных инфекций с дискрецией в сепсис.

Если же учитывать долю внутриутробных инфекций, зарегистрированных в раннем неонатальном периоде (6,8%), то получается очень высокий показатель, свидетельствующий о необходимости проведения действенных мер санации и профилактики этих заболеваний среди населения.

Отсутствие гнойно-воспалительных заболеваний (сепсиса, мастита и т.д.) представляется сомнительным. Вероятно эти дети умирают в хирургических больницах, а случаи их смерти регистрируются в хирургической статистике.

В структуре поздней неонатальной смертности высок удельный вес врожденных пневмоний – 15,6% случаев, что логично соотносится с наличием у значительного числа беременных хронических бактериальных заболеваний мочегенитальной системы, зачастую протекающих латентно и поэтому плохо выявляемых. Известно, что врожденные пневмонии, как правило, протекают длительно и принимают генерализованное течение с развитием полиорганной патологии. В случае выживания таких детей, они пополняют число инвалидов с детства (бронхолегочная дисплазия, хронические легочные процессы и др.).

Но, как уже упоминалось выше, истинно внутриутробная пневмония развивается только при антенатальном инфицировании плода. Если же плод инфицируется в процессе прохождения по родовым путям матери, имеющей воспалительные заболевания гениталий, то инфекция у новорожденного считается постнатальной, так как ее реализация зависит от условий, в которые попадает младенец.

Следовательно, не при каждой, даже массивной колонизации новорожденного в родовых путях, развивается заболевание. Его развитие определяется неадекватными условиями окружающей среды, когда происходит нарушение формирования собственного биоценоза в экосистемах новорожденного (колонизационной резистентности) и его массивная контаминация нозокомеальной микрофлорой.

Сказанное позволяет полагать, что все-таки в большинстве случаев имеет место приобретенная пневмония с ранним развитием или ее смешанный генез.

Таблица 14

Причины смертности новорожденных в позднем неонатальном периоде

Причины	Шифр МКБ-Х	РЕГИОНЫ											
		Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
		абс.	%	абс.	%	Абс.	%	абс.	%	Абс.	абс.	абс.	%
Родовая травма	P10-15	11,0	10,4	10,0	20,0	4,0	12,9	5,0	41,7	22,0	38,6	52,0	20,3
Инфекции, специфичные для пери-натального периода	P35-38	15,0	14,2	5,0	10,0	9,0	29,03	1,0	8,3	16,0	28,1	46,0	18,0
Врожденная пневмония	P23	19,0	17,9	11,0	22,0	2,0	6,5	2,0	16,7	6,0	10,5	40,0	15,6
Врожденные пороки развития		22,0	20,8	6,0	12,0	2,0	6,5	1,0	8,3	4,0	7,01	35,0	13,7
Геморрагические и гематологические нарушения	P50-51 P60-61	7,0	6,6	6,0	12,0	1,0	3,2	1,0	8,3	2,0	3,5	17,0	6,6
Неонатальная пневмония		10,0	9,4	6,0	12,0	1,0	3,2	1,0	8,3	3,0	5,3	20,0	7,8
Сепсис	P36	6,0	5,7	6,0	12,0	1,0	3,2	1,0	8,3	2,0	3,5	16,0	6,3
Прочие состояния, возникшие в перинатальном периоде	P91	6,0	5,7	0,0	0,0	6,0	19,4	0,0	0,0	2,0	3,5	12,0	4,7
Прочие заболевания новорожденных	P75-78	10,0	9,4	0,0	0,0	5,0	16,1	0,0	0,0	0,0	0,0	18,0	7,03
Итого		106,0	100,0	50,0	100,0	31,0	100,0	12,0	100,0	57,0	100,0	256,0	100,0

Во многих случаях можно предупредить развитие этих заболеваний, внедрив в практику родовспоможения такие перинатальные технологии как совместное содержание в послеродовых палатах матери и новорожденного и исключительно грудное вскармливание. Этим обеспечивается ограничение их контакта с постоянно меняющимся персоналом родильного дома, преимущественная колонизация новорожденного материнской микрофлорой. Мать передает с грудным молоком антитела к собственной микрофлоре, предупреждает развитие заболеваний у ребенка.

Врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью, были представлены гидроцефалией и другими пороками нервной системы (4,7%), а также пороками сердца и сосудов (7,0%). Остальные заболевания встречались в единичных случаях.

Удельный вес новорожденных среди всех случаев потерь детей до 1 года (младенческая смертность) составляют 77,4% и их основной контингент умирает в больничных учреждениях: в раннем неонатальном периоде – в родильных стационарах, в позднем неонатальном периоде – в детских больницах.

3.3 Анализ смертности детей в постнеонатальном периоде (29 дней – 12 месяцев).

3.3.1 Удельный вес детей, умерших в постнеонатальном периоде

В постнеонатальном периоде умерло 650 детей, что составило 20,5% от общего числа умерших в возрасте от 0 до 5 лет и 22,6% - в возрасте до 1 года. Преобладающее большинство (39,3%) детей были жителями городской местности и только 19,8% – сельской из общего числа умерших в этих местностях. Наибольшая доля умерших зарегистрирована в Южном (40,0%) регионе. В Северном (17,5%), в Центральном (17,7%) и Западном – (15,1%) эти потери были почти равными. В Восточном (8,9%) – самыми низкими.

По месту смерти – наибольшее число зарегистрировано в детских больницах (33,2%) В других учреждениях (24,8%) и детских инфекционных больницах (21,2%) – они были равными. На дому умерло 12,6% детей и значительно меньше – в центральных районных больницах (4,2%), в отделениях патологии новорожденных детских больниц (0,5%) и в перинатальных центра (1,5%). В 1,8% случаев место смерти детей не указано.

Рисунок 9
Удельный вес младенцев, умерших в постнеонатальном периоде от 0 до 5 лет

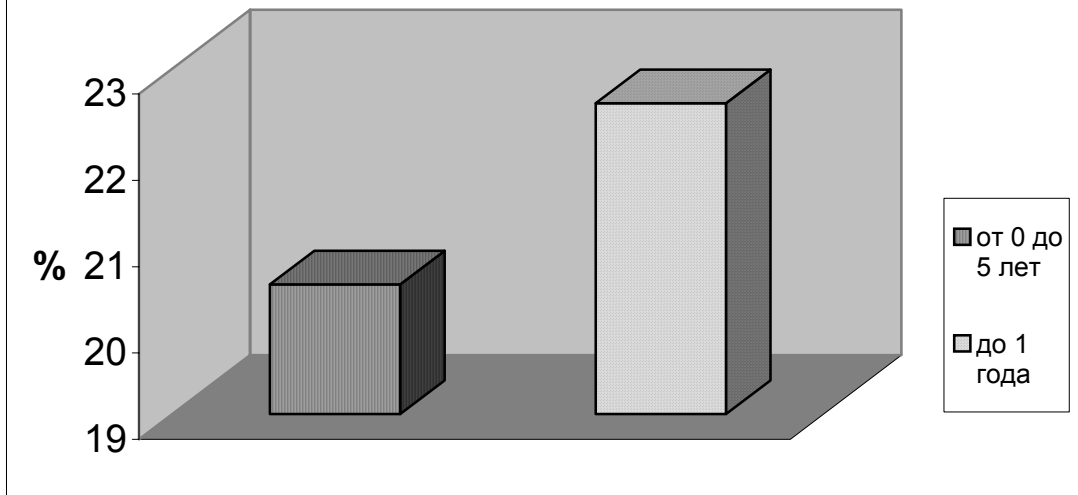
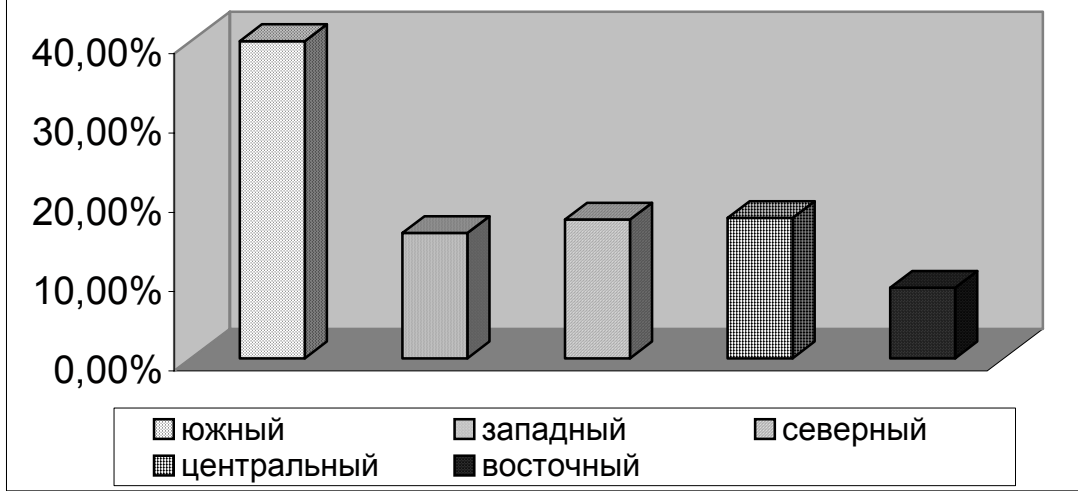
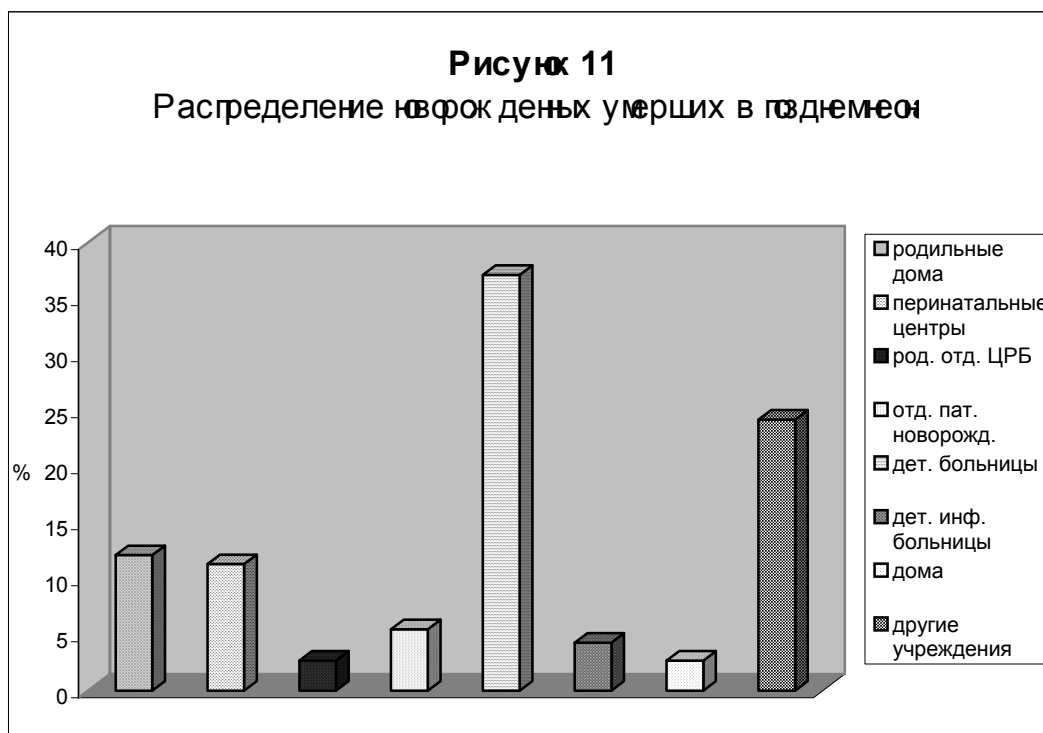


Рисунок 10
Распределение младенцев, умерших в постнеонатальном периоде по регионам

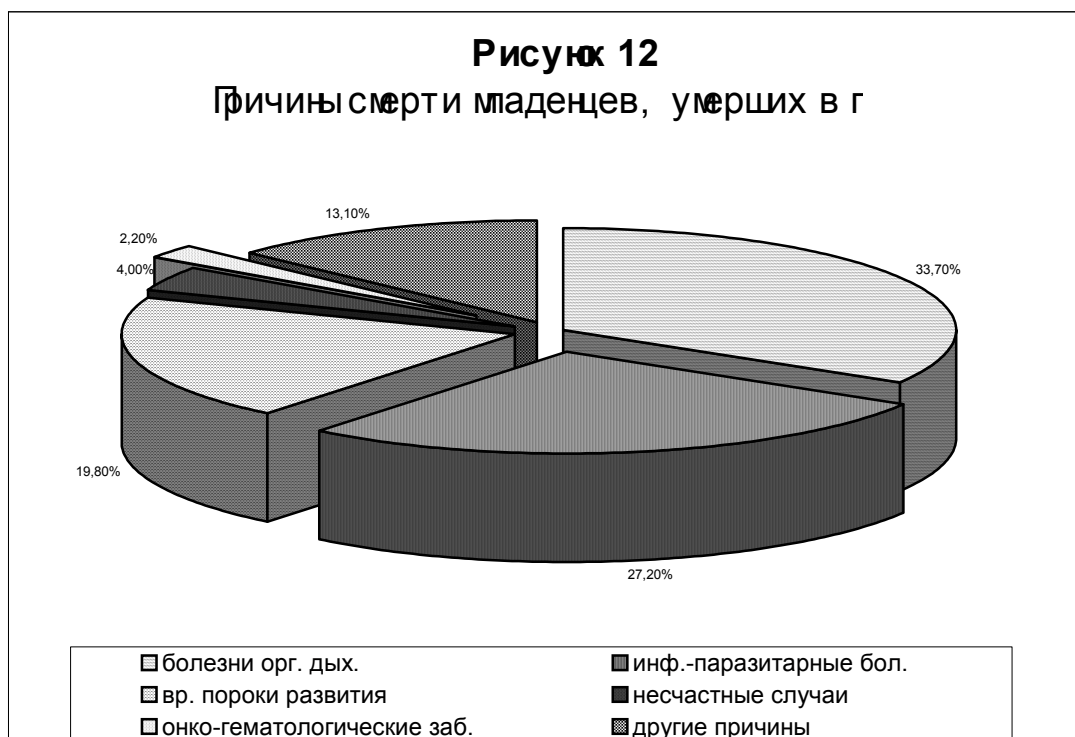




Из анамнеза умерших детей выявлено, что 20,5% из них родились преждевременно из-за осложненного течения беременности у их матерей (22,0%). 11,4% детей были из социально неблагополучных (социопатических) семей, число которых в Южном (18,3%) и Северном (24,1%) регионах было наибольшим. Кроме того, эти семьи имели низкий экономический уровень и их доля была наибольшей в Южном и Северном регионах. Многодетные семьи составили 3,4%, в Южном регионе – 7,2%. Оценка уязвимости проводилась на основе опросника о статусе образования и трудоустройства. Однако нужно признать ограниченность такой дефиниции.

3.3.2. Причины смерти детей в постнеонатальном периоде.

В структуре постнеонатальной смертности на первом месте стоят болезни органов дыхания (33,7%), на втором – инфекционно-паразитарные болезни (27,3%), на третьем – врожденные пороки развития (19,8%). Затем идут несчастные случаи (травмы, отравления, механическая асфиксия и др.) – 4,0%, и другие причины (13,1%).



Необходимо отметить, что основные заболевания, ставшие причиной смерти младенцев в возрасте 1 - 12 месяцев жизни, были реализованы у 21,8% детей на фоне анемии, у 12,3% - на фоне нарушения питания. В 44,5% случаев родители поздно обратились к врачу, что послужило причиной поздней госпитализации и поздней интенсивной терапии (21,4%). Это значительно чаще отмечалось в Восточном (57,9%) регионе. Но и в стационарах в 12,3% случаев имело место неадекватное обследование больных детей, что чаще наблюдалось в Южном (16,5%) и Центральном (15,5%) регионах. Соответственно имела место неадекватная терапия в Центральном (24,3%) и Восточном (18,4%) регионах. Последнее послужило поводом к повторному переводу больных детей в отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии в 56,9% случаев (в Восточном – в 74,6% и в Южном – в 66,1%). У 3,7% детей констатированы диагностические ошибки. Несогласованность работы поликлинического звена и стационаров отмечалась в 5,7% случаев и наиболее часто в Южном (13,0%) и Центральном (12,0%) регионах.

Среди болезней органов дыхания значительную долю занимают пневмонии (24,0%). Они наиболее часто были причиной смерти младенцев в Северном (36,2%) и Западном (26,2%) регионах.

Из инфекционно-паразитарных заболеваний лидирующее положение занимают сепсис (11,7%) и кишечные инфекции (11,1%). Менингиты различной этиологии зарегистрированы у 3,4% детей, а специфические инфекции (врожденный сифилис, туберкулез) – у 2,6%.

Вызывает тревогу высокий процент врожденных пороков развития, среди которых преобладают пороки сердца и сосудов, гидроцефалия. Не исключено, что они являются следствием внутриутробно перенесенных инфекций, зарегистрированных в большом проценте случаев у матерей во время беременности.

Таблица 15

Причины смерти детей в постнеонатальном периоде (1-12 месяцев)

Причины	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Болезни органов дыхания, в том числе :	93	14,3	34	5,2	40	6,2	38	5,8	14	2,2	219	33,7
Пневмонии	68	10,5	24	3,7	26	4,0	24	3,7	14	2,2	156	24,4
ОРВИ	25	3,8	10	1,5	14	2,2	14	2,2	0	0	63	9,7
Инфекции, в том числе:	84	12,9	30	4,6	27	4,2	19	2,9	17	2,6	177	27,2
Кишечные	34	5,2	9	1,4	12	1,8	11	1,7	6	0,9	72	11,1
Сепсис	39	6,0	13	2,0	9	1,4	7	1,1	8	1,2	76	11,7
Менингиты	8	1,2	7	1,1	4	0,6	0	0	3	0,7	22	3,4
Врожденный сифилис	2	0,3	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0	6	0,9
Инфекционный гепатит	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2
Врожденные пороки развития, в том числе :	42	6,5	36	5,5	16	2,5	22	3,4	13	2,0	129	19,8
Гидроцефалия	2	0,8	3	0,5	0	0	0	0	3	0,5	8	1,2
Другие пороки ЦНС	3	0,5	2	0,3	0	0	2	0,3	1	0,2	8	1,2
Врожденные пороки сердца	30	4,6	23	3,5	12	1,8	18	2,8	5	0,8	88	13,5
Пороки трахеи и бронхов	1	0,2	4	0,6	3	0,7	0	0	0	0	8	1,2
Пороки лёгких	1	0,2	2	0,3	0	0	1	0,2	0	0	4	0,6
Другие пороки развития	5	0,8	2	0,3	1	0,2	1	0,2	0	0	9	1,4
Несчастные случаи, в том числе :	6	1,4	3	0,7	8	1,2	2	0,3	7	1,1	26	4,0
Внутричерепные сочетанные травмы	5	0,8	0	0	0	0	0	0	3	0,7	8	1,2
Термальные и химические ожоги	1	0,2	0	0	3	0,7	2	0,3	2	0,3	8	1,2
Другие тяжёлые травмы	0	0	3	0,7	5	0,8	0	0	2	0,3	10	1,6
Онкогематологиче-ские заболевания	8	1,2	1	0,3	1	0,3	0	0	4	0,6	14	2,2
Прочие болезни	27	4,2	10	1,5	23	3,5	25	3,8	3	0,5	85	13,1
Итого	260	100,0	114	100,0	115	100,0	106	100,0	58	100,0	650	100,0

3.3.3. Предрасполагающие факторы

Подводя итоги, можно сделать следующее заключение: смертность детей в возрасте 0-12 месяцев (младенческая смертность) является важнейшим интегрированным демографическим показателем, отражающим социально-экономическое благополучие общества, качества оказываемой медицинской помощи. Проблема младенческой смертности имела и имеет чрезвычайно актуальное значение по следующим важнейшим причинам.

Младенец наименее защищен от воздействия неблагоприятных условий внешней среды и потому крайне зависим от условий жизни, создаваемых ему обществом и семьей. К концу 80-х годов прошлого столетия в республике резко изменилась экономическая и социальная ситуация. Переход к рыночным отношениям и глубокий экономический кризис обусловили социальное расслоение и обнищание значительной части населения, уход женщин в коммерцию привело к отрыву ее от семейных обязанностей и, следовательно, все это существенно уменьшило степень безопасности для жизни младенцев.

Переходный период неблагоприятно сказался на репродуктивном здоровье населения. Что не могло не отразиться на качестве здоровья новорожденных. А значит на перспективе сохранения их жизни.

Все вышесказанное определило сложившуюся в республике демографическую ситуацию: уровень рождаемости приблизился к показателю экономически развитых стран, а младенческая, да и материнская смертности находятся на уровне, характерном для развивающихся государств. Поэтому сохранение жизни каждого новорожденного, каждого младенца приобретает государственное значение, определяющее выживание нации. Поэтому недопустима гибель доношенных новорожденных от таких управляемых причин как асфиксия, родовая травма, гемолитическая болезнь, респираторные нарушения, геморрагическая болезнь новорожденных и др.

Среди причин смертности недоношенных детей с массой тела более 1800, г лидируют по темпам нарастания нетравматические и травматические внутрочерепные кровоизлияния, что определяет необходимость пересмотра стратегии оказываемой им медицинской помощи и внедрение новых, хорошо зарекомендовавших себя перинатальных технологий, не требующих проведения агрессивных методов ухода и больших экономических затрат.

Смертность детей в постнеонатальном периоде в 70% случаев была предотвратимой.

3.4 Анализ смертности детей в возрасте от 1 до 5 лет (детская смертность).

3.4.1 Смертность

Согласно данным анализа в возрасте от 1 года до 5 лет умерло 295 детей, что составило 9,3% от всех умерших от 0 до 5 лет. Среди умерших анализируемого возраста преобладали сельские дети –22,8%, а городские составили всего 8,8% из общего числа умерших в этих местностях.

Наибольшие потери в этом возрасте отмечались в Южном (36,3%) регионе. По месту смерти: 32,2%– в детских больницах, 18,9% - в детских инфекционных больницах и 44,5% -на дому и совсем небольшой процент (4,4%) в центральных районных больницах.

Итак, в детском возрастном периоде наиболее часты потери сельских детей, что объясняется недоступностью для них медицинской помощи в связи с закрытием во многих регионах сельских врачебных амбулаторий и фельдшерских пунктов.

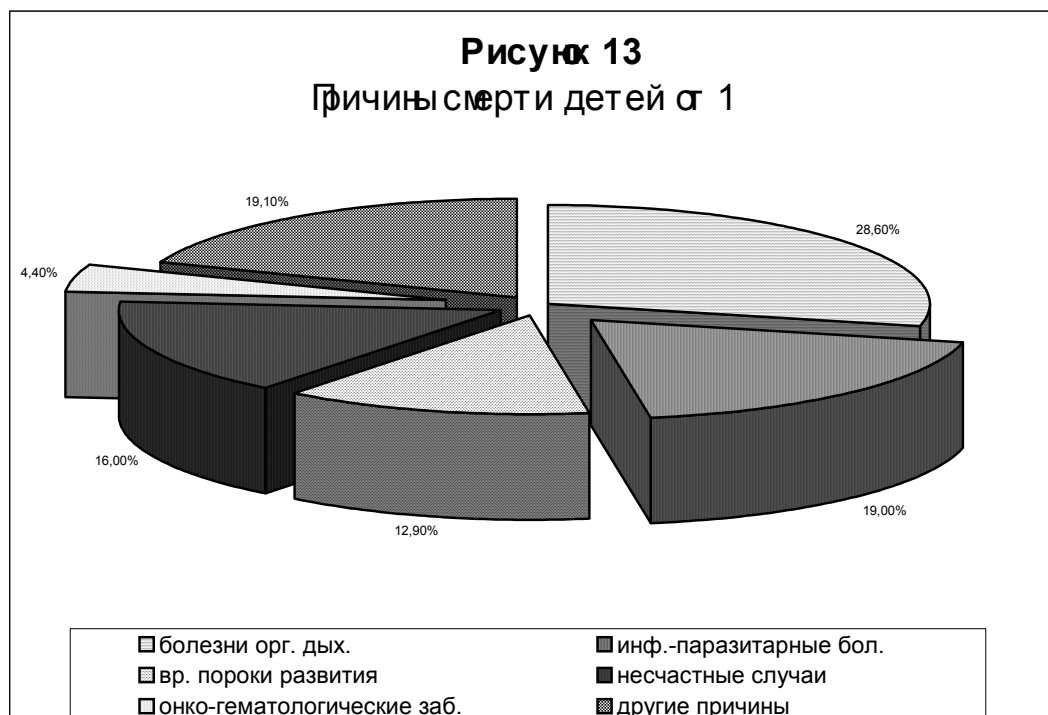
Таблица 16

Причины смерти детей в возрасте от 1 года до 5 лет

Причины	РЕГИОНЫ											
	Южный		Северный		Центральный		Восточный		Западный		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	абс.	абс.	%
Болезни органов дыхания, в том числе :	27	25,7	12	21,8	18	30,5	12	42,9	15	32,6	84	28,6
Грипп и др. ОРВИ	7	6,6	3	5,6	10	16,9	2	7,2	11	23,9	33	11,2
Пневмонии	20	18,9	9	16,4	8	13,6	10	35,7	4	8,7	51	17,4
Инфекции, в том числе :	24	22,6	7	12,7	6	10,2	4	14,3	16	34,8	57	19,4
Кишечные	11	10,4	1	1,8	3	5,1	1	3,6	7	15,2	23	7,8
Сепсис	8	2,7	1	1,8	2	3,4	2	7,2	5	10,9	18	6,1
Менингиты	4	3,8	5	9,1	-	0,0	1	3,6	2	4,3	12	4,1
Другие	1	0,9	-	0,0	1	1,7	0,0	0,0	2	4,3	4	1,4
Несчастные случаи, в том числе :	13	12,3	12	21,8	16	27,1	1	3,6	5	10,9	47	16,0
Сочетанные травмы черепа и внутренних органов	1	0,9	1	1,8	1	1,7	0	0,0	1	2,2	4	1,4
Термальные и химические ожоги	5	4,7	5	9,1	1	1,7	0	0,0	0	0,0	11	3,7
Механическая асфиксия	1	0,9	2	3,6	8	13,6	0	0,0	1	2,2	12	4,1
Другие тяжёлые травмы	6	5,7	4	7,3	6	10,2	1	3,6	3	6,3	20	6,8
Врожденные пороки развития, в том числе :	16	15,1	5	9,1	4	6,8	3	10,7	10	21,7	38	12,9
Гидроцефалия и др. пороки ЦНС	3	2,8	0	0,0	0	0,0	2	7,1	2	4,3	7	2,4
Врожденные пороки сердца и сочетанные	13	12,3	5	9,1	4	6,8	1	3,6	8	17,4	31	10,5
Онкогематологические заболевания	7	6,6	1	1,8	2	3,4	2	7,1	1	2,2	13	4,4
Прочие болезни	19	17,9	18	32,7	13	22,0	6	21,4	0,0	0,0	56	19,0
Итого	106	100,0	55	100,0	59	100,0	28	100,0	46	100,0	294	100,0

3.4.2 Причины смертности детей в возрасте от 1 года до 5 лет.

В структуре смертности детей в возрасте от 1 года до 5 лет на первом месте стоят заболевания органов дыхания (28,6%), из которых основная доля приходится на пневмонии (17,4%) и ОРВИ (11,2%). Второе место занимают инфекции (19,4%), среди которых лидируют кишечные инфекции (8,0%), сепсис (5,8%) и менингиты (5,7%).



Потери детей в анализируемом возрастном периоде от пневмоний, острых респираторных заболеваний были обусловлены поздней госпитализацией, вследствие отсутствия транспорта, отказом родителей от госпитализации.

Гибель детей от кишечных инфекций определялась в основном отсутствием оральной регидратации до их госпитализации в стационар.

Необходимо подчеркнуть, что при всех заболеваниях, протекающих с тяжелой интоксикацией потери детей определялись и недостаточным развитием службы реанимации и интенсивной терапии (дефицит коек и кадров этого профиля), отсутствием микробиологической верификации возбудителя и, как следствие этого, - грубые ошибки в диагностике и терапии детей, в частности, чрезмерное применение антибиотиков и кортикостероидных гормонов.

Анализ состояния здоровья детей, умерших от сепсиса показал, что все они были в возрасте от 1 года до 1,5 лет. 7,1% из них родились недоношенными, у 7,8% их

матерей были осложнения во время данной беременности, у 4,7% – имелись такие фоновые состояния как нарушение питания, анемия.

Необходимо отметить, что во всех регионах отсутствует бактериологическая верификация возбудителя и сепсиса, что также обуславливает ошибки в диагностике и лечении. В значительном проценте случаев (до 50%) имеет место внутрибольничное заражение.

Вызывает тревогу высокая доля менингитов в структуре детской смертности, развивающихся преимущественно у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией. Этот диагноз в настоящее время выставляется каждому второму новорожденному, выписавшемуся из родильного дома, что, по-видимому, у, объясняется незнанием многих детских неврологов и педиатров особенностей адаптационного периода этого контингента детей.

Несчастные случаи, или, как их теперь определяют, неестественные причины смерти детей (16,0%), занимают третье место в структуре детской смертности. Если принять все неестественные причины смерти за 100%, то от термических и химических ожогов погибает 53,8% детей, механической асфиксии 25,6%, от травм (случайные падения, дорожно-транспортные происшествия, множественные телесные повреждения) – 20,6%. Причем среди умерших при неестественных причинах преимущественное большинство составили мальчики (63,2%), 13,7% которых проживали в социопатических семьях.

Анализ смертности от несчастных случаев выявил, что 48,9% детей умирали дома, 36,7% – в стационаре и 14,4% – на месте происшествия. Таким образом, в 2/3 случаев эта категория детей умирает до оказания квалифицированной медицинской помощи.

Здесь хочется еще раз подчеркнуть, что в организации медицинской помощи детям страдает первичное звено. Восстановление на селе сельских врачебных амбулаторий, фельдшерских пунктов и внедрение в их практику программы интегрированного ведения болезней детского возраста (ИБДВ) будет способствовать спасению многих детских жизней.

Четвертое место среди причин смерти детей занимают **врожденные пороки развития (12,9%)** и затем – **онко-гематологическая патология (4,4%)**. Причем, в последние годы отмечается повышение частоты этих заболеваний и одним из факторов, является, по-видимому, рождение детей со сниженными компенсаторными возможностями. На прочие заболевания приходится 19,0%.

3.4.3 Предрасполагающие факторы

Итак, анализ всех случаев смерти детей в возрасте от 1 года до 5 лет показал, что наиболее частой причиной их потерь были поздняя обращаемость (46,1%), поздняя

госпитализация (37,3%), что наиболее часто имело место в Центральном (по 79,3%), и Северном (53,6%) регионах.

Такое положение сложилось в связи с низкой плотностью населения при большой территории республики, значительной отдаленностью жилых районов друг от друга, что наиболее выражено в указанных областях. Кроме того, важное значение имеют и такие факторы как отсутствие транспорта и низкий социально-экономический уровень семьи (30,5%), многодетная семья (6,4%), отказ родителей от госпитализации (6,1%) и многое другое. Все это определяет недоступность медицинской помощи для детей отдаленных сельских регионов и диктует необходимость восстановления работы сельских врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов во всех отдаленных районах республики и внедрить в их работу программу ВОЗ «Интегрированное ведение болезней детского возраста». Эта программа обеспечивает раннюю диагностику наиболее распространенных заболеваний детского возраста и проведение первичной медицинской помощи и лечение. Следовательно, случаи смерти детей от обезвоживания, ОРВИ и даже пневмоний будут сведены до минимума.

4. ОБЩИЕ ОБСУЖДЕНИЯ

На основании результатов настоящих исследований ученые, клиницисты и другие подняли ряд некоторых методологических и аналитических вопросов. Ниже приводятся основные обсуждения этих вопросов, однако рекомендации к действиям и предлагаемые для будущего исследования будут предложены в соответствующих разделах.

Методологические вопросы

Установить точную причину смерти представлялось сложным. Не все диагнозы были подтверждены патологоанатомическими исследованиями, а там, где они проводились, все еще оставались сомнения относительно причины, в результате которой наступила смерть. Данные, заносимые в свидетельства о смерти, могли бы оказаться полезными при анализе причин смерти и важным дополнением для будущих исследований. Для установления причин смерти на дому было предложено проведение детального опроса. Эти опросы проводились посредством выезда экспертов на дом в процессе исследования, но этот процесс мог бы носить более официальный характер при условии выработки соответствующего подхода и методики для проведения таких опросов.

Второй важный вопрос – критерии живорожденности. Было предложено включить в статистику смертности случаи поздних аборт и мертворождений, в особенности, детей с весом при рождении от 500 г до 1,500 г. Из исследования ясно, что смерть фиксируется только в случае, когда плод был признан «живым» согласно критериям живорожденности, используемым в Казахстане. Использование критериев ВОЗ отразилось бы повышением уровня смертности, но точно подсчитать масштабы такого роста было бы невозможно. По ссылкам на МДИ были представлены такие же замечания. Было ясно, что исследования причин смертности должны были изначально учитывать фундаментальные различия критериев живорожденности.

С аналитической точки зрения было подчеркнуто, что данные о возрасте матери, ее семейном положении, вредных привычках и месте жительства не являются определяющими факторами исхода беременности и выживания ребенка, если отсутствует информация об общем количестве родов или соответствующих данных контрольной группы. Тем не менее, эти исследования будут важными ориентирами для будущих исследований и анализа. Определение «социальной уязвимости» нужно было рассматривать с особой тщательностью во избежание неверного суждения. При интерпретации результатов исследования необходимо учитывать все вышеупомянутые замечания.

Относительно методологии были сделаны еще два важных замечания. Не участие акушеров-гинекологов и специалистов-реаниматологов в исследование и в проведение анализов возможно привело к ограничению комплексности

проведенного анализа. Несомненно, что мнение этих специалистов будет услышано уже после публикации результатов. Отчасти это также относится к проблеме контроля температурного режима в родзалах, ведущей к гипотермии новорожденных. Точность проведенной экспертами оценки невозможно было установить, несмотря на тщательный инструктаж перед началом исследования. Тем не менее, необходимо учитывать все сделанные замечания в виду их значимости для проведения будущих мероприятий, направленных на повышение выживаемости новорожденных.

Нерешенные вопросы

Во время ряда обсуждений доминировали два вопроса, которые не могли быть полностью объяснены с помощью данных настоящего исследования: доступность и качество медицинской помощи. Среди вопросов связанных с доступностью помощи – это количество детей умерших на дому; разница уровня смертности в городе и на селе; позднее обращение за помощью. Существует недостаточная координация между поликлиниками и больницами который в дальнейшем необходимо проэкзаменовать и исправить. Нет достаточной уверенности в том, что восстановление фельдшерско-акушерских пунктов и открытие семейных амбулаториев снизит смертность. Также не было данных о доступности лекарственных препаратов, включая кортикостероидов для профилактики СДР.

В отношении качества помощи, высокая распространенность инфекций указывает на то, что эффективность ОРИ/ОКИ программ не достаточная и по-видимому имеется необходимость в улучшение и усиление программы, однако для этого необходимо больше информации. Необычна и неожиданна информация полученная исследованием – 50% новорожденных не оценивались по шкале Апгар. Это серьезное упущение не нашло объяснения как ни за счет полученных данных исследования, так и от работников здравоохранения. Роль социальных факторов заболеваемости и смертности должна быть изучена в дальнейших исследованиях.

5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Три основных вопроса выявлены за счет проведения анализа где, когда и почему младенцы умерли в выборке из 3 168 случаев.

Первое, наиболее высокий уровень смертности был обнаружен в раннем перинатальном периоде, который составил 62.1% от всей смертности. Кроме того, по мнению специалистов 50% из них были предотвратимы. Данное утверждение соответствует также опыту в развивающихся и развитых странах: чем более эффективно улучшается ситуация с младенческой смертностью, тем меньше пропорция между общей младенческой и неонатальной смертностью. Большой эффект в снижение младенческой смертности можно достичь, если интервенции по профилактике и лечению будут сфокусированы на данной группе.

Следующим значительным выводом является то, что инфекции играют немаловажную роль в структуре причин смертности в позднем неонатальном и постнеонатальном периодах. Однако, имеют место некоторые неясности, некоторые случаи зарегистрированные как внутриутробные пневмонии могут фактически быть приобретенными после рождения, также гипердиагностика может являться результатом того, что персонал боится быть наказанным за невнимательность. Несмотря на все это, видится четкая необходимость для поддержания мероприятий нацеленных на профилактику и контроль за инфекциями как важный стратегический подход в снижение младенческой смертности.

Третье, доступность к медицинским услугам в некоторых ситуациях было лимитировано, что выражалось либо в позднем обращении за медпомощью, либо в позднем направлении пациентов на следующий уровень. И данная ситуация хуже в сельских регионах, чем в городских. И это является доказательством необходимости усиления служб ПМСП.

Неоспоримым доказательством является то, что служба охраны здоровья матери и ребенка в Республике нуждается в дальнейшем усилении, чтобы стать более эффективной и экономически выгодной системой. Такая система, может базироваться на трех уровневой системе оказания помощи, в зависимости от степени риска смертности.

Уровень ПМСП может быть усилен посредством обеспечения доступности, наряду с другими мерами, восстановление сельских врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов во всех отдаленных регионах Республики. Адаптация руководства по стратегии ИВБДВ предложенного ВОЗ значительно повлияет на снижение случаев поздней госпитализации и поздней диагностики большинства заболеваний.

В случае неосложненной беременности, женщины будут получать помощь в акушерских и педиатрических учреждениях с учетом физиологии, которые будут

усилены руководствами по безопасному материнству и неонатальному уходу рекомендованными ВОЗ и ЮНИСЕФ. В Казахстане существует 15 родовспомогательных и 2 педиатрических госпиталя которые выполняют эти программы, и которые зарегистрировали снижение заболеваемости и смертности.

Все женщины и дети с высоким риском должны будут направляться на следующий уровень (региональные перинатальные центры) где учреждения будут соответственно оборудованы для современной диагностики и оказания соответствующего лечения.

Имеется необходимость, чтобы Министерство здравоохранения стандартизировало определения и подходы к лечению. В частности, международное определение критериев живорожденности должно быть внедрено и международная классификация болезней X пересмотра должна стать официальным источником определения всех категорий заболеваний.

Все эти мероприятия приведут к более лучшей документации и системе сбора данных, которые прозвоят Министерству здравоохранения проводить мониторинг младенческой и детской смертности. Для внедрения всех этих изменений необходима унифицированная программа обучения и переподготовки специалистов, врачей общей практики и среднего медперсонала.

Резюме: выводы и рекомендации

Вывод 1

Наибольшее число смертных случаев происходит в раннем неонатальном периоде, из которых до 50% можно предотвратить.

Рекомендации Министерству Здравоохранения: Совершенствование перинатальной службы.

Действия:

1. Улучшение антенатальной охраны плода и пренатальной диагностики нарушений его развития.
2. Улучшение умений и навыков в проведении акушерской помощи роженицам.
3. Повышение знаний и навыков медперсонала в проведении неонатальной помощи.
4. С целью унификации диагнозов и методов оказания медицинской помощи новорожденным перейти на Международную классификацию болезней X пересмотра и составить клинические протоколы на каждую нозологическую форму болезни (РОО-Р96).
5. Внедрить в практику родовспоможения и детства программы ВОЗ "Безопасное материнство", "Неонатальный уход" и "Инициативы за больницы дружелюбного отношения к детям".

Вывод 2:

В позднем неонатальном и постнеонатальном периоде в большинстве случаев смертность связана с высокой распространенностью инфекционной патологии.

Рекомендации Министерству Здравоохранения:

Совершенствование профилактики и лечения инфекционной патологии у детей первого года жизни.

Действия:

Внедрить в практику отделений патологии новорожденных и учреждений, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь программ ВОЗ «Инициативы за больницы дружелюбного отношения к ребенку» и «Интегрированное ведение болезней детского возраста».

Вывод 3

Фактором риска смертности детей села является отдаленность и недостаточная доступность первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Рекомендации Министерству Здравоохранения:

Продолжить работу по скорейшему восстановлению работы фельдшерско-акушерских пунктов и сельских врачебных амбулаторий и проанализировать другие факторы влияющие на доступность.

Действия:

Обучить медперсонал, работающий в учреждениях ПМСП, интегрированному ведению болезней детского возраста. Улучшить санитарно-просветительную работу среди населения в целях предотвращения инфекций, передаваемых половым путем. Обучить население санитарии и гигиене и распространить знания о преимуществах грудного вскармливания на благо здоровья матери и ребенка.

Вывод 4:

В определении и классификации инфекций существуют расхождения.

Рекомендации Министерству Здравоохранения: унифицировать определения и подходы к лечению.

Действия:

1. Унифицировать и внедрить использование международных критериев живорожденности.
2. Внедрить в практику всех учреждений Международную Классификацию Болезней X пересмотра.
3. Усовершенствовать систему документирования и сбора данных.

Вывод 5:

Необходимо дальнейшее изучение нерешенных вопросов.

Рекомендации Министерству Здравоохранения:

Провести дальнейшие изучения по наличию и доступу медицинских учреждений; по качеству услуг в медицинских учреждениях, оказываемые матери и ребенку, в т.ч. антенатальный уход. Произвести оценку практики ИВБДВ в Казахстане.

Механизмы выполнения вышеизложенных рекомендаций

В целях реализации изложенных выше рекомендаций было предложено создать рабочие группы, в задачу которых входил бы мониторинг внедрения новейших методик акушерского и неонатального ухода и ведение болезней детского возраста с предоставлением ежеквартальных отчетов о проделанной работе главному педиатру или главному акушеру Министерства здравоохранения.