

Младенческая смертность как медико-социальная и демографическая проблема (на примере Курганской области)

Д. А. Мазеин

Кафедра клинических дисциплин факультета повышения квалификации и первичной профессиональной специализации, ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ, г. Тюмень
ГУ «Курганская областная детская больница имени Красного Креста», г. Курган

Резюме

Целью исследования является рассмотрение возможных резервов в снижении младенческой смертности. Задачи: изучить социальную, медицинскую, демографическую ситуации в Курганской области, имеющей преимущественно сельскохозяйственное производство; выявить и проанализировать закономерности в проблеме младенческой смертности. Объектом исследования являются дети, умершие до 1 года жизни, их родители, социальное положение этих семей, организация помощи детям до 1 года, демографические процессы в области. В результате исследования выявлены основные направления для снижения показателя младенческой смертности в Курганской области, требующие усовершенствования пренатальной диагностики, организации медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным, ряда социальных мер, направленных на среду проживания, как матери, так и ребенка.

Ключевые слова: младенец, смертность, новорожденность, демография.

Введение

Демографические процессы в обществе за последнее время приобрели приоритетное значение и освещение в нашей жизни. По предварительной оценке, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2008 г. составила 142,0 млн. человек и за прошедший год уменьшилась на 237,8 тыс. человек, или на 0,17% (за 2006 г. — на 532,6 тыс. человек, или на 0,37%). Сокращение численности населения происходило из-за естественной убыли населения, которая в 2007 г. уменьшилась по сравнению с 2006 г. на 209,4 тыс. человек. Увеличившийся миграционный прирост компенсировал численные потери населения только на 50,2%. В условиях низкой смертности для простого замещения поколений коэффициент фертильности (КФ — среднее число рождений на одну женщину) должен быть не ниже 2,15. КФ сократился в мире с 4,95 рождений на женщину в первой половине 1960-х годов до 2,67 в 2002 году. Для более развитых стран такой уровень рождаемости был характерен уже в начале 60-х годов XX века, а к концу века он снизился до 1,57. В менее развитых странах КФ уменьшился более чем вдвое — с 6,01 в 1960-е годы до 2,93 в 2002 году. Такое преобладание смертности над рождаемостью является угрозой для безопасности страны [1, 2].

Так Курганская область не является исключением. Отрицательный прирост населения в области отмечается с 1992 года. В это время население области, по данным органов статистики, составляло более миллиона человек. За более чем десятилетний период численность населения в Курганской области, перешагнув миллионный рубеж в 2005 году, снизилась до 980 тысяч. Данное явление происходило за счет естественной убыли и миграционного оттока [2]. В явлении естественного роста (убыли) немаловажное значение имеет уровень младенческой смертности. В Курганской области в течение уже почти десяти лет отмечается хотя и не бурное, но заметное снижение данного показателя (табл. 1).

Показатель смертности детей до одного года жизни является демографическим фактором, наиболее наглядно отражающим уровень развития страны, социальных и экономических процессов, происходящих в ней. Именно по этому проблема снижения младенческой смертности остается первоочередной. Наметившийся рост рождаемости и снижение младенческой смертности пока не привели к нивелированию сложившейся медико-демографической ситуации [3].

Показатели здоровья матерей и детей остаются неудовлетворительными. Тяжелые формы патологии у детей, служащие причиной

инвалидизации, часто имеют истоки в перинатальном периоде и связаны с неблагоприятным течением беременности и родов. Профилактика их возникновения определяется своевременной диагностикой, правильным выбором тактики ведения беременности и родов, совершенствованием неонатологической помощи. Успешность реабилитации детей с перинатальной патологией определяется полноценностью их медицинского сопровождения на первом году жизни. Материнское благополучие в первую очередь отражается на качестве здоровья новорожденных, так как существенное значение в рождении полноценного ребенка играет здоровье матери. В связи с ухудшением здоровья женского населения имеет место снижение показателей здоровья каждого последующего поколения новорожденных [4, 5].

Цель исследования: рассмотрение возможных резервов в снижении младенческой смертности путем изучения социальной, медицинской, демографической ситуации в Курганской области, выявления и анализа закономерностей в проблеме младенческой смертности. На основании полученных результатов сформированы и внедряются механизмы снижения младенческой смертности.

Материалы и методы

Нами проведено исследование, направленное на выявление и анализ закономерности в проблеме младенческой смертности (МС) в Курганской области. Анализируется период с 1998 года по настоящее время. Для автоматизации ввода и систематизации вводимой информации нами разработана и успешно использована оригинальная база данных на основе Microsoft Office Access 2003. Выбор данного приложения Windows обусловлен его общедоступностью и простотой в использовании.

Записи в базе данных вносятся в 34 поля при практически неограниченном количестве записей. Тридцать одно поле в таблице имеет текстовый тип данных. Поле с именем «число осмотров» имеет числовой тип данных. Такое решение принято для удобства выведения математических производных, к примеру, среднее и наибольшее число осмотров беременной. Одно поле с типом данных вида «Мето», в котором пользователь может записать любой вид информации представляющей интерес при последующей обработке данных. Записи проиндексированы по первому имеющемуся полю — порядковому номеру в таблице. Этим решена проблема перманентной нумерации записей. Поле для ввода фамилии и имени ребенка так же имеют статус индексного. Данное решение предупреждает появление «двойников» в базе данных.

Для удобства работы по введению, обзору и коррекции имеющейся информации создана особая форма, имеющая соответствующее количество окон для ввода (рис. 1).

Реализация интерфейса программы в виде формы, а не в виде простой таблицы, наиболее удобна, так как большинству современных пользователей импонирует наличие пустых окон для последующего их заполнения. Кроме того, предусмотрено наличие в окнах формы уже готовых вариантов значений полей таблицы, представленных в виде выпадающего списка. Таких полей в нашей таблице преимущественное количество — 27.

Предметом исследования были 1590 случаев смерти детей до одного года. Объект исследования — дети и их семьи. Субъект — система здравоохранения нашего региона в составе 23 центральных районных больниц области, 4-х родильных домов и 4-х детских поликлиник города Кургана. В качестве методов

Таблица 1. Показатели младенческой смертности в Курганской области в 1998–2007 гг.

Параметр	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Младенческая смертность (умершие до 1 года на 1000 родившихся живыми)	16,8	18,6	19,9	17,1	14,9	14,5	14,3	12,5	14,3	11,3
Число умерших до 1 года	165	185	201	170	158	152	154	127	146	132

Таблица 2. Показатели младенческой смертности в зависимости от возраста в период с 1998 по 2007 гг.

Параметр	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Младенческая смертность	16,8	18,6	19,9	17,1	15,1	14,53	14,3	12,46	13,91	11,7
Ранняя неонатальная смертность	8,8	7,8	8,3	7,3	6,51	5,83	6,04	4,79	5,46	4,4
Неонатальная смертность	11	11,4	11,6	10,1	8,69	8,9	8,62	6,46	8,01	6,7
Перинатальная смертность	18,3	15,8	14	14,8	16,07	12,25	13,56	10,8	11,8	9,3
Постнеонатальная смертность	5,8	7,2	8,3	7	6,4	5,69	5,71	6	5,9	4,9

Рисунок 1. Форма коррекции информации

исследования использовались социологический анкетный метод в форме стандартизованного и полустандартизованного (интервью); социально-гигиенические методы: исторический, анализ учетной и отчетной документации, аналитический метод, методы непосредственного наблюдения, тематический, статистический, а так же метод экспертных оценок.

Результаты исследования

В ходе нашего исследования выяснено, что на протяжении уже длительного периода на территории Курганской области, в структуре МС лидируют причины смерти, возникшие в перинатальном периоде. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, не только занимают ведущее место в причинах младенческой смертности, но и стоят у истоков большинства детских заболеваний и инвалидности. По нашим исследованиям доля этих причин в структуре смертей у детей до года — 56,7%, затем следуют врожденные аномалии — 14,8%, Третье место занимает инфекционная патология — 7% от всех причин смерти. Высок показатель числа внешних причин смерти (травмы, отравления, убийства) — 6,3%. Следует отметить, что в составе данной группы около 40% занимает механическая асфиксия вследствие аспирации инородных тел. По нашему мнению, данная причина имеет социальный характер и является очередным резервом в снижении МС. Следующая причина смерти — болезни органов

дыхания, от них погибло 3,9% детей. Более 11% составляют прочие причины, в состав которых входят болезни пищеварительного тракта и болезни нервной системы. Из этого видно, что в младенческой смертности ведущее значение имеют управляемые причины, то есть устранимые при эффективном оказании помощи ребенку и матери.

В возрастной структуре младенческой смертности неонатальная смертность (от 0 до 28 дней жизни) является основной составляющей, непосредственно определяющей уровень младенческой смертности. Ее удельный вес в течение периода наблюдения имеет тенденцию к снижению (табл. 2), что подтверждается при построении линии тренда на графике (рис. 2). Так в 2007 году более половины детей в области умерли в возрасте до 28 дней, т.е. в тот период, когда жизнь ребенка полностью зависит от качества и эффективности работы учреждений родовспоможения.

Среди умерших детей следует отметить преобладание, хотя и незначительное, младенцев мужского пола. Кроме того, отмечено превалирование городских учреждений как места смерти, что, возможно, объясняется стремлением к концентрации проблемных детей в условиях специализированных отделений. Так детей, умерших в отделениях реанимации крупных лечебных учреждениях областного центра — 45%.

Среди факторов, влияющих на частоту смерти детей до 1 года, необходимо выделить

вес ребенка на момент рождения. Так, среди погибших детей за анализируемый период преобладают дети с массой, присущей доношенным новорожденным, т.е. 2500-3999 граммов. При этом преобладающее количество доношенных новорожденных погибло от пневмопатий, внутримозговых кровоизлияний и интранатальной асфиксии. Данный факт свидетельствует о недостаточном уровне оказания помощи новорожденному в момент рождения, так как известны эффективные методы профилактики данных состояний. Развитие передовых технологий в перинатологии на базе современного центра, по нашему мнению, является серьезным подспорьем в снижении младенческой смертности в нашем регионе.

Резервом снижения младенческой смертности является интенсификация совершенствования организации и повышения качества пренатальной диагностики как меры профилактики врожденных пороков. Предполагается, что при высоком уровне ультразвукового обследования беременных женщин его эффективность в большинстве районов недостаточна, вследствие чего имеет место низкий уровень элиминации плодов с пороками развития, в том числе несовместимыми с жизнью. Так в 2007 году отделением пренатальной диагностики Курганской Областной клинической больницы выявлено 180 врожденных пороков развития, но уровень элиминации плодов с пороками развития сохраняется около 78-80%. Кроме этого имеются случаи не диагностированных пороков при соблюдении кратности осмотров беременной. В ряде случаев пороки выявлены на поздних сроках, в некоторых случаях беременные отказались от прерывания.

По результатам работы выявлено различие в частоте смертей вне стационара в сельской местности и городах. У большинства детей, умерших на дому, имелись фоновые состояния (рахит, пара- и гипотрофия, анемия). Синдром внезапной смерти в данной категории детей выставлен как причина смерти более чем в 30% случаев.

Проведенное нами исследование указывает на имеющиеся резервы снижения младенческой смертности, что требует обеспечения дальнейшего повышения качества медицинской помощи беременным женщинам, родильницам, новорожденным детям и детям первого года жизни, доступности высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.

Рисунок 2. Динамика неонатальной смертности в Курганской области в 1998-2007 гг.



Выводы

К факторам, способным оказать определяющее влияние на снижение младенческой смертности в Курганской области, следует отнести следующие:

1. Совершенствование перинатальной службы в регионе.
2. Решение вопросов своевременной госпитализации беременных из групп риска в соответствующие акушерские стационары, щадящая транспортировка новорожденных.
3. Совершенствование ранней диагностики пороков развития, своевременная элиминация плодов с пороками, несовместимыми с жизнью, а также своевременная коррекция пороков у жизнеспособных детей.
4. Обеспечение регулярного медицинского наблюдения за больными детьми в амбулаторно-поликлинических условиях и своевременная их госпитализация.
5. Обеспечение доступности и повышения качества медицинской помощи женщинам и детям на всех этапах ее оказания.
6. Своевременное выявление детей, находящихся в социально-опасном положении и принятие мер для оказания адресной социальной поддержки таким семьям.

Литература

1. Материалы к заседанию Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике по вопросу «О первоочередных задачах по улучшению демографической ситуации в Российской Федерации» (7 марта 2007 года).
2. Россия в цифрах. Росстат. 2008.
3. Кремлев Н. Д. Стратегия социально-экономического развития: статистика и методы анализа. Курган, 2005, Курганстат, 14-33.
4. А. Д. Царегородцев. Младенческая и перинатальная смертность в Российской Федерации. Детский доктор 2001; 5-6: 19-21.
5. Е. А. Кваша. Младенческая смертность в России в XX веке. Социологические исследования 2003; 6: 47-55.