

¹С. Т. Кизатова, М. М. Тусупбекова¹, Н. И. Дюсембаева², Б. Д. Аширбекова¹,
Т. А. Кирьянова¹

АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018 ГОД

¹НАО «Медицинский университет Караганды» (Караганда, Казахстан),

²Отдел охраны материнства и детства Управления здравоохранения по Карагандинской области (Караганда, Казахстан)

Цель исследования: анализ показателей младенческой смертности в Карагандинской области за 2018 год в сравнении с 2017 годом и среднереспубликанскими данными.

Проанализирована матрица *Babies*, которая содержит сведения о мертворожденных и умерших детях в возрасте до 1 года (включая родившихся при сроке беременности 22 недели и более) по Карагандинской области и по РК за 2017-2018 гг. В разрезе регионов отмечена положительная тенденция в отношении младенческой смертности в Карагандинской области за 2018 г., а также дальнейшее снижение младенческой смертности с показателем ниже республиканского значения, который составил 7,4 против 7,7 на 1 000 родившихся живыми, при показателях по РК 7,9 на 1 000 родившихся живыми против 8,1 за аналогичный период 2017 г.

Ключевые слова: младенческая смертность, новорожденные, недоношенные

Младенческая смертность (МС) является одним из ключевых индикаторов уровня социально-экономического благополучия общества и служит критерием эффективности организации здравоохранения в конкретном регионе [10, 12]. Вполне закономерно, что в последние годы пристальное внимание не только врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, организаторов здравоохранения, но также социологов и демографов сосредоточено на показателе младенческой смертности [11, 12].

После перехода Казахстана на международные критерии оценки живорождения отмечен значительный прогресс по сокращению младенческой смертности на 60,8% с 2008 г., неонатальной смертности – более чем на 68,4%. Снижение показателей смертности объясняется улучшением благосостояния населения и увеличением расходов на здравоохранение, направленное на разработку и внедрение мероприятий по улучшению оказания качественной медицинской помощи беременным и

новорожденным [3, 7]. Как известно, с 2008 г. внедрена программа эффективного перинатального ухода, с 2011 г. была введена стратегия интегрированного ведения болезней детского возраста (ИБВДВ) и обеспечения безопасной беременности (ОББ) с охватом данной программой всех регионов страны. Успех в снижении данных показателей был достигнут также путем улучшения неотложной помощи матерям, новорожденным и детям раннего возраста [5, 6].

Несмотря на значительное снижение младенческой смертности в Казахстане данная проблема все еще остается актуальной, так как ее уровень превышает показатели стран Европы в два-три раза (рис. 1) [1, 13].

Цель работы – анализ показателей младенческой смертности в Карагандинской области за 2018 г. в сравнении с 2017 годом и среднереспубликанскими данными.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована матрица *Babies*, содержащая сведения о мертворожденных и

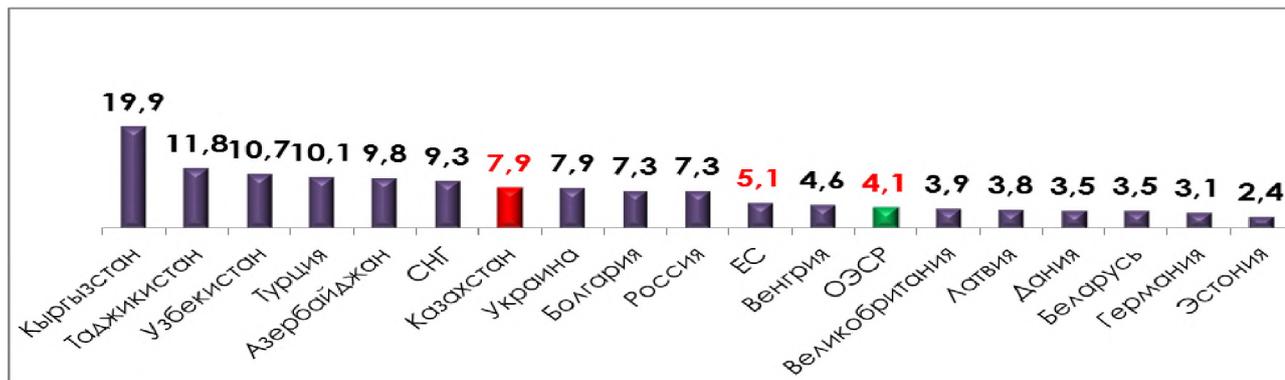


Рисунок 1 – Показатели младенческой смертности в отдельных странах мира (%)

умерших детей в возрасте до 1 г. (включая родившихся в срок беременности 22 нед. и более) по Карагандинской области и по РК за 2017-2018 гг.

Методология *Babies* является одним из инструментов, предусматривающих обязательный учет всех перинатальных рождений и потерь, так как расчет специфических показателей плодo-младенческих потерь проводится с учетом первоначальной массы тела родившихся и умерших на первом году жизни. Этот инструмент позволяет проводить мониторинг и оценку мероприятий по улучшению охраны здоровья детей, своевременно выявлять проблемы, возникающие в практике родовспоможения и проводить адекватную коррекцию путем выбора соответствующего пакета вмешательств [6, 9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За 12 месяцев 2018 года в Карагандинской области родились 22 911 младенцев (2017 г. – 22 685), 169 детей умерли возрасте до 1 г. – против 175 детей за такой же период 2017 года.

В разрезе регионов отмечена положительная тенденция в отношении младенческой смертности в Карагандинской области за 2018 г., а также дальнейшее снижение младенческой смертности с показателем ниже республиканского значения, который составил 7,4 против 7,7 на 1 000 родившихся живыми, при показателях по РК 7,9 на 1 000 родившихся живыми против 8,13а аналогичный период 2017 г. (рис. 2).

В структуре МС по итогам 12 месяцев 2018 года преобладали перинатальные причины (56,2%), при этом в динамике данный показатель вырос, в 2017 году он составлял 48,0%. Отмечается рост как по относительным, так и по абсолютным данным. По РК состояния, возникающие в перинатальном периоде, составили 55,0%, в 2017 г. – 53,6% (рис. 3).

Анализ младенческой смертности показал, что все матери умерших детей были с отягощенным акушерским анамнезом или с экстрагенитальной патологией, или с проявлениями гестозов. Данное положение подчеркивает необходимость своевременного выявления и лечения патологии матери и беременности, что служит индикатором качества работы первичного звена службы здравоохранения.

Выявлен рост смертности детей до 7 дней с 33,1% (58 детей) до 42,0% (71 ребёнок) и рост смертности детей до 1 мес. с 57,7% (101 ребёнок) до 64,5% (109 детей) соответственно. Ранняя неонатальная смертность установилась выше республиканских данных с показателем 3,1‰ против 2,8‰ по РК без тенденции к снижению с 2016 г. (рис. 4).

Неонатальная смертность соответственно составила 4,8‰ (по РК 4,7‰) в динамике со снижением за аналогичный период. При этом положительная тенденция сложилась по поздней неонатальной смертности с показателем ниже среднереспубликанских данных 1,7‰ (1,9‰ по РК), аналогичная ситуация по постнеонатальной смертности – 2,6‰ (3,3‰ по РК).

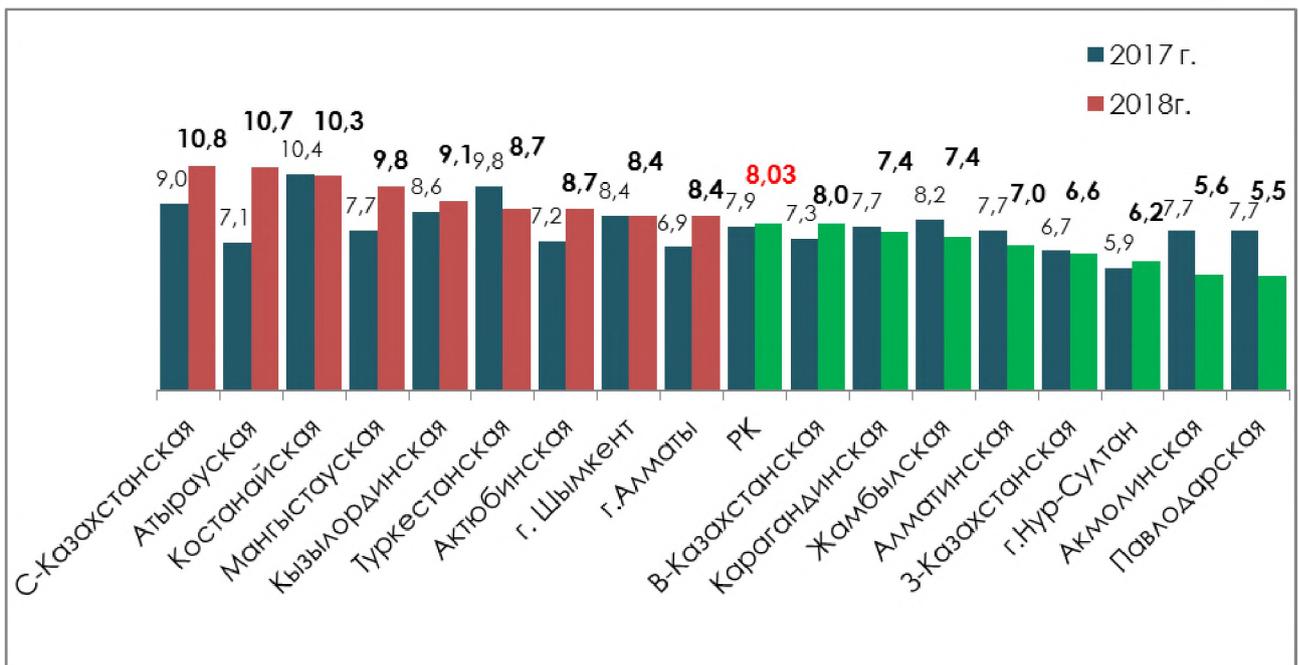


Рисунок 2 – Показатели младенческой смертности в разрезе регионов РК за 2017-2018 гг. (‰)



Рисунок 3 – Причины младенческой смертности в Карагандинской области в 2017-2018 гг. (%)

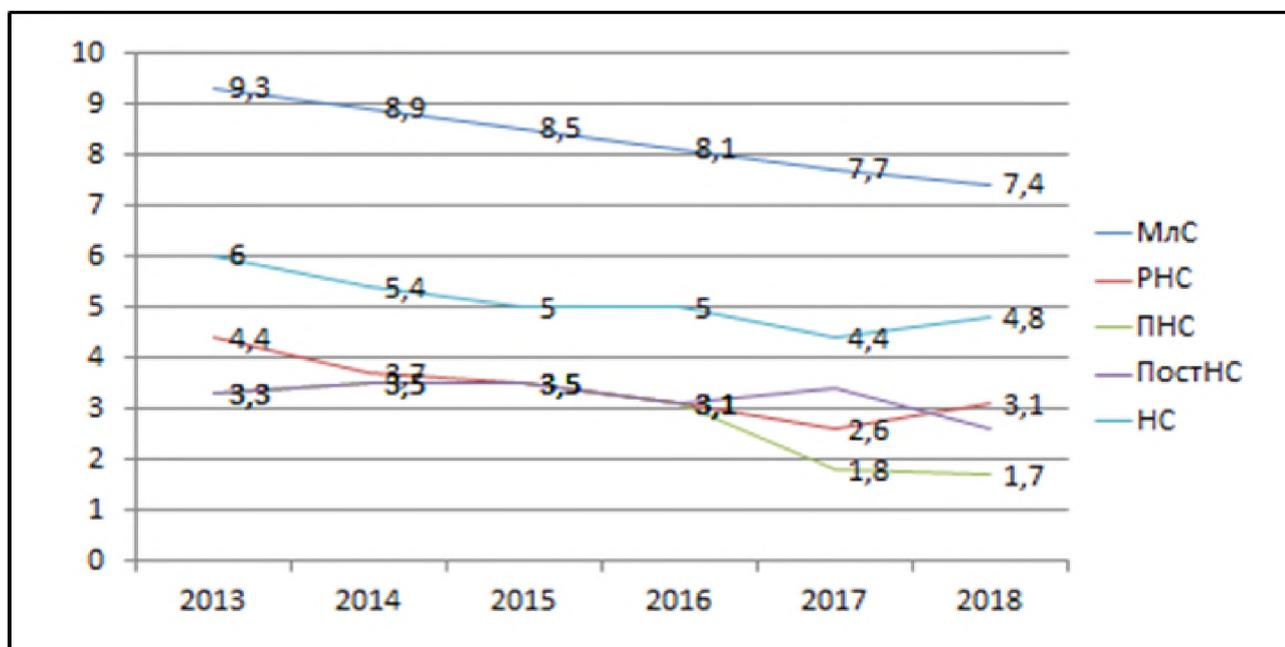


Рисунок 4 – Динамика младенческой смертности в Карагандинской области в 2013-2018 гг. (МлС – младенческая смертность; НС – неонатальная смертность; РНС – ранняя неонатальная смертность; ПНС – поздняя неонатальная смертность; ПостНС – постнеонатальная смертность)

В структуре ранней неонатальной смертности преобладали инфекции (38,6%) и состояния, вызванные асфиксией (20% и 62% среди недоношенных), в 2017 г. – инфекции зарегистрированы в 32,8%, состояния, вызванные асфиксией, – 25,8% и 51,7% среди недоношенных соответственно.

В структуре поздней неонатальной смертности доминировали внутриутробные инфекции (33,3%) и состояния, вызванные асфиксией – в 25,6% и 64,1% среди недоношенных, в 2017 году внутриутробные инфекции составили 21,9%, состояния, вызванные

асфиксией, – 7,3% и 60,9% недоношенных в соответственно.

Показатель мертворождаемости к ранней неонатальной смертности в 2018 г. стал ниже и составил 2,9/1 против 4,6/1 в 2017 г., также он был ниже республиканских данных за 2018 год – 3,3/1 (2017 г. – 3,4/1). Данная ситуация свидетельствует о выравнивании достоверности статистических данных и искажении данных в предыдущие годы за счет возможной «переброски» умерших в ранний неонатальный период в группу мертворожденных. При этом данный показатель остается еще за-

вышенным и об истинной ситуации пока говорить рано. Безусловно, достоверность данных показателей зависит от уровня ответственности врачей и их профессионализма, чтобы получить реальные данные и принять адекватные шаги по устранению управляемых причин. Учитывая имеющиеся данные, можно сделать выводы о том, что ситуация с ранней неонатальной смертностью складывается гораздо серьезней.

При анализе показателей мертворождаемости установлено, что при распределении удельного веса мертворожденных по весовым группам наблюдается так называемый «статистический провал» детей массой тела 1 000-1 499 г – снижение их числа в сравнении с весовыми группами 500-999 г и 1 500-1 999 г (рис. 5). Такой «провал» между группами новорожденных разной массы тела с большой долей вероятности позволяет предположить, что часть умерших детей и мертворожденных с массой тела 1 000-1 499 г отнесена (вследствие занижения массы тела при рождении) в группу новорожденных с массой тела менее 1 000 г. В антенатальный период происходило 94,2% смертей, в интранатальный – 5,8%. Причем у 100% мертворожденных с экстремально и очень низкой массой тела при рождении смерть наступала в антенатальный период. У мертворожденных с весовой категорией 2 500 г и более смерть в 87,5% наблюдений также наступала в антенатальный период. Выявленные данные вызывают сомнение в их достоверности и требуют дальнейшего анализа.

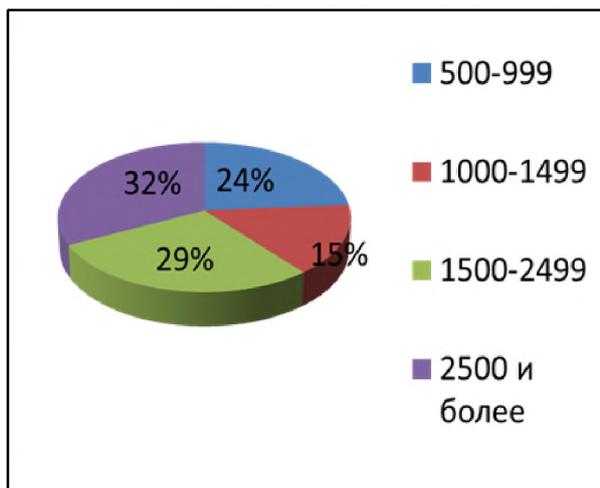
Следует отметить, что в структуре потерь лидируют плоды и новорожденные с нормальной массой тела (2 500 г и более). Их сум-

марные потери в антенатальный и интранатальный периоды (3,1‰) даже выше потерь плодов с экстремально низкой массой тела при рождении (2,7‰), а в антенатальный период эти потери плодов равны (2,7‰). Регистрация такого количества случаев внутриутробной смерти среди новорожденных с данным весом отражает состояние здоровья матери во время беременности. Случаи внутриутробной смерти, произошедшие до родов, указывают, как правило, на недостаточное качество оказываемой помощи во время беременности и требуют необходимости применения пакета вмешательств «Антенатальный уход».

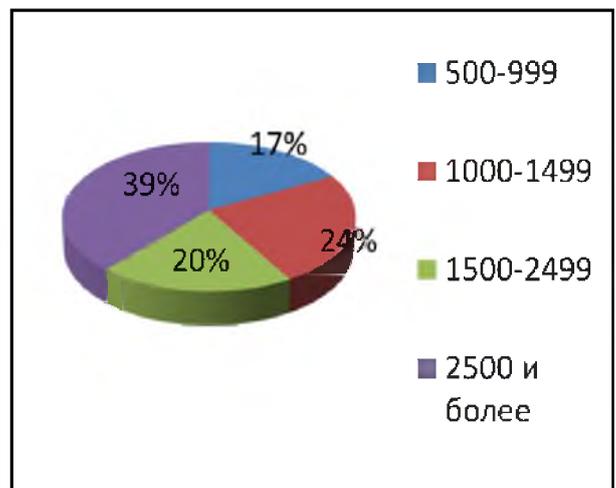
В структуре младенческой смертности в 2018 г. в 50,3% умерли недоношенные дети с массой тела от 500 до 2499 г. В том числе 25,9% составили недоношенные новорожденные с экстремально низкой массой тела (500-999 г). Выживаемость последних в текущем году снизилась с 44 до 35% (табл. 1, 2). Недоношенные дети в 2018 г. в 75,2% случаев умерли от состояний, возникших в перинатальный период (2017 г. – 76,6%). В 2018 г. отмечено увеличение смертности от дыхательных нарушений (11,2%) и врожденной пневмонии.

Матрица *Babies*, объединяя две группы данных (возраст во время смерти плода/ новорожденного и весовые категории при рождении), может помочь определить «неиспользованные возможности», что позволяет принимать важные решения относительно политики, выбора мероприятий, обучения и распределения ресурсов.

Согласно методологии *Babies* показано (табл. 3), что в Карагандинском регионе в 2018 г. наиболее важным фактором, определя-



а



б

Рисунок 5 – Структура перинатальной смертности в зависимости от массы тела в 2018 г. а) структура мертворождаемости; б) структура ранней неонатальной смертности

Таблица 1 – Распространенность новорожденных с экстремальной и очень низкой массой тела по Карагандинской области

Вес новорожденных (г)	Период			
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
500 – 999	0,33%	0,2%	0,45%	0,5%
1 000 – 1 499	0,55%	0,45%	0,68%	0,68%

Таблица 2 – Выживаемость новорожденных с экстремальной и очень низкой массой тела по Карагандинской области

Вес новорожденных (г)	Период			
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
500 – 999	54%	39%	44%	35%
1 000 – 1 499	77%	81%	76,9%	75,9%

Таблица 3 – Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Карагандинской области 2018 г (‰)

Масса тела при рождении	Здоровье женщины до беременности (6‰)		
	Уход за беременной женщиной: 5‰	Уход за новорожденным: 2,1‰	Уход за младенцем: 2,9‰
500-999 г			
1 000-1 499 г			
1 500-2 499 г			
2 500 и более			

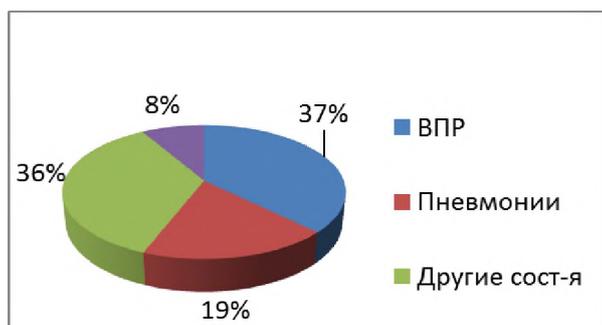


Рисунок 6 – Структура постнеонатальной смертности по Карагандинской области в 2018 г.

ющим плодово-младенческие потери, являлось состояние здоровья женщин (6,2‰) – основной причины преждевременного рождения младенцев с чрезвычайно низкой (от 500 до 999 г) и очень низкой (от 1 000 до 1 499 г) массой тела.

Несмотря на снижение этого показателя на 0,6‰ по сравнению с 2017 г., его доля в общем показателе плодово-младенческих потерь остается высокой, составляя 16,3‰ в 2018 г. (в 2017 г. – 18,7‰). Это свидетельствует о необходимости усиления мер, направленных на улучшение репродуктивных исходов, таких как улучшение питания женщин в плане предупреждения микронутриентной недостаточности, поддержка здорового образа жизни, обеспечение планирования семьи, профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем. Дальнейшего усиления требует уход за беременными в антенатальный период. На втором месте по значимости определены нарушения организации и ухода

за беременной женщиной, включающий антенатальный уход и оказание помощи роженице в родах (5,0‰) при общих плодово-младенческих потерях 16,3‰ (6,2‰+5,0‰+2,9‰+2,1‰), на 3 месте – уход за младенцем после выписки из родильного дома (2,9‰) и, наконец, нарушения организации и ухода за новорожденными в родовспомогательных организациях (2,1‰).

В динамике в структуре плодово-младенческих потерь в сравнении с 2017 г. повысилась доля такого фактора, как показатель ухода за беременной женщиной на 1,7‰, уход за младенцем после выписки из родильного дома на 0,6‰ и уход за новорожденными в родовспомогательных организациях аналогично на 0,2‰, что коррелирует с ростом показателя ранней неонатальной смертности и ростом умерших младенцев на дому в текущем году.

Приведенные факты свидетельствуют об имеющихся резервах, которые могут способствовать дальнейшему улучшению основных показателей, характеризующих качество медицинских услуг в системе детства и родовспоможения для достижения показателей экономически развитых стран. Так, например, уровень здоровья женщин до беременности в США равнялся 2,2‰, т. е. в 2,8 раз у наших женщин проблем с нездоровьем больше, потому это отражается и на показателях материнской смертности и на показателях невынашивания и проблем со здоровьем у новорожденных детей.

Таким образом, анализ плодово-

младенческих потерь по весовым категориям и периодам смертности, а также факторам, определяющим эти потери, позволил выявить степень значимости каждого из них в структуре смертности и сделать выбор по приоритетности направлений.

Второе место в структуре младенческой смертности занимают врожденные пороки развития, уровень которых в динамике значительно снизился с 31,4 до 19,5%, а также значительно ниже среднереспубликанских данных (по РК в 2018 г. – 20,7%, в 2017 г. – 24%). По структуре ВПР лидирующее место занимают множественные пороки развития (78,8%) и врожденные пороки сердца (21,2%). Смертность от врожденных пороков желудочно-кишечного тракта не установлена ввиду их операбельности и улучшения исходов.

Следует отметить, что по республике в 2018 г. зарегистрировано устойчивое снижение уровня младенческой смертности от врожденных аномалий в связи с большей настороженностью врачей, улучшением качества диагностики и появлением новых инновационных методов раннего выявления, ростом перинатального скрининга (не выше 70% при должном минимальном показателе 78%), проведение консилиумов по показаниям для прерывания беременности с привлечением родителей. Необходимо отметить рост выживаемости детей с врожденными пороками развития в постоперационном периоде, проведением операций на месте без транспортировки в областной центр.

Необходимо отметить, что преобладание врожденных пороков развития отмечается среди доношенных новорожденных, при анализе структуры постнеонатальной смертности детей в данной весовой категории смертность от врожденных пороков развития была обусловлена рядом факторов в 33,3%. Основные причины этого – проблемы со здоровьем матери, недостаточная прегравидарная подготовка женщин фертильного возраста, низкая мотивация беременных женщин и все еще низкий уровень постановки на учет по беременности. Имеются также объективные причины, такие как низкое качество дородовой диагностики врожденных пороков развития, несмотря на генетический скрининг беременных, недостаточная квалификация врачей ультразвуковой диагностики, что создает трудности при верификации врожденных пороков развития, особенно врожденные пороки сердца, диагностика которых является наиболее сложной. Кроме того, трудности возникают при интерпретации

ультразвуковых данных, полученных на УЗ-аппаратах среднего класса за счет недостаточного уровня диагностической возможности ультразвукового оборудования. Для дальнейшего снижения данного показателя целесообразно проводить пренатальный ультразвуковой скрининг в медицинских организациях, которые имеют подготовленных специалистов и оснащены УЗ-аппаратами экспертного класса, обратить серьезное внимание на повышение уровня профессиональной подготовки профильных специалистов. Необходимо начать подготовку кадров по коррекции врожденных пороков с использованием внутриутробных хирургических операций.

На третьем месте расположилась смертность от управляемых причин в виде заболеваний органов дыхания, что составило 8,9% со значительным ростом на 2,0% в 2018 г. (по РК в 2018 г. – 4,2%, в 2017 г. – 3,8). Данная ситуация свидетельствует об ослаблении роли и приверженности к программе интегрированного ведения болезней детского уровня как на амбулаторном, так и на стационарном уровне.

На четвертом месте оказались несчастные случаи, также с ростом до 6,5% в 2018 г., по сравнению с предыдущим годом – 4,6% в 2017 г. и уровнем значительно выше среднереспубликанских данных (2018 г. – 4,4%, 2017 г. – 4,9%).

Заболевания органов дыхания, инфекционные заболевания и несчастные случаи являются предотвратимыми и управляемыми, в связи с этим снижение младенческой смертности от этих причин является одним из главных резервов снижения всей детской смертности. Детская смертность от управляемых причин по Карагандинскому региону превысила среднереспубликанский уровень и составила в 2018 г. 25,9%, в 2017 г. – 25,4% (по РК в 2018 г. – 19,6%, в 2017 г. – 21%).

Уровень смертности младенцев от несчастных случаев обусловлен разными причинами, среди них доступность и своевременность оказания медицинской помощи, но еще в большей степени образ жизни семьи, желание и возможность уделять малышам достаточно внимания.

В структуре смертности детей до одного года жизни по месту смерти отмечается высокий удельный вес с тенденцией к увеличению детей, умерших в стационаре – 69,2% (2017 г. – 67,4%). По сравнению с прошлым годом снизился удельный вес смертности детей в родовспомогательных учреждениях до

12,4% (2017 г. – 19,4%), при этом отмечено снижение показателя досуточной летальности с 11% до 5,1%.

При анализе предотвратимости причин младенческой смертности установлено, что 11,3% случаев были непредотвратимы, 75,7% – условно предотвратимы, в 11,9% случаев причины были предотвратимы за счет болезней органов дыхания (8,9%) и инфекционно-паразитарных болезней (3,0%).

Результаты анализа свидетельствуют о недооценке состояния детей на амбулаторном и стационарном уровнях, недостаточном знании общих признаков опасности, приоритетных признаков у младенцев, недостаточном оказании первой неотложной помощи, незнании родителями симптомов, при которых необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью [15, 16].

По уровням регионализации младенческая смертность распределилась следующим образом: на 3 уровне – 62,2% от общего количества смертей новорожденных, на 2 уровне – 15,4%, на 1 уровне – 22,4% случаев. Причем на 1 уровне отмечена смертность от врожденных пороков развития в 8 случаях, другие поражения ЦНС – 2, пневмония – 12, перинатальные причины – 4, прочие – 3, механическая асфиксия – 8. Данный анализ показал нарушение принципов регионализации на 1 и 2 уровнях оказания медицинской помощи беременным и новорожденным детям. Преобладание смертности на первом уровне в сравнении со вторым, видимо, связано с искажением статистических данных за счет переброски смертности с амбулаторного на стационарный уровень.

Наиболее неблагоприятным показателем Карагандинской области в сравнении с другими регионами и республиканскими данными по итогам 12 месяцев 2018 г. стала смертность детей на дому, которая составила 18,3% (31 случай) против 13,1% (23 случаев) в 2017 г. По РК показатель смертности на дому снизился на 6,2% и составил 7,6% (2017 г. – 8,1%). В структуре причин смертности на дому доминировали болезни органов дыхания – 11 (35,5%) случаев, из них пневмония – 6 случаев (в г. Караганде). На втором месте были несчастные случаи – 8 (25,8%) случаев, на третьем месте – врожденные пороки развития (7 (22,6%) случаев, далее следуют поражения ЦНС, перинатальные причины. Данный показатель говорит о недостаточной медицинской помощи детям на уровне медицинских организаций ПМСП, о недостаточном внедрении алго-

ритма взаимодействия с органами опеки по наблюдению детей из социально неблагополучных семей.

Определены регионы с отрицательными тенденциями за 12 мес. 2018 г., среди них города Приозерск (12,7‰), Караганда (8,8‰), Балхаш (8,0‰), Темиртау (7,5‰). Среди сельских регионов: Нуринский район (22,9‰), Улытау (10,8‰), Жан-Арка (8,3‰), Шетский район (7,9‰).

Проведенный анализ укомплектованности специалистами разного профиля родовспомогательных организаций показал, что врачи-педиатры составили 94,7%, неонатологи – 94,1%, врачи анестезиологи-реаниматологи – 94,1%. Проведенный аудит и оценка организаций службы родовспоможения в зависимости от уровня регионализации перинатальной помощи позволил запланировать поэтапное дооснащение необходимым оборудованием, при этом выявлено, что уровень оснащенности медицинских организаций детства составил 75,9%.

Возрастающая концентрация младенческой смертности на первом месяце, которая установилась в нашем регионе, – характерное явление для развитых стран, начиная со второй половины XX века, что отмечено по литературным данным. Одновременно в составе неонатальной смертности увеличился удельный вес ранней неонатальной смертности, т. е. на первой неделе жизни, когда организм ребенка наиболее уязвим, и предотвращение смерти в случае возникновения заболевания особенно сложно. В связи с широким внедрением высокотехнологичных служб родовспоможения и высококвалифицированных специалистов разного профиля, внедрение эффективных методик дородового сопровождения и самоотверженные усилия медицинских работников по сохранению жизни каждого рожденного ребенка может дать положительный результат по снижению младенческой смертности. Если же младенец благополучно миновал этот период наибольшего риска, его шансы на выживание повышаются, а современное здравоохранение, располагающее эффективными средствами борьбы за жизнь ребенка на этом ее этапе, резко увеличивает такой шанс. Поэтому снижение младенческой смертности сопровождается изменением соотношения неонатального и постнеонатального компонента: постнеонатальная смертность становится все более контролируемой. В последнее время отмечено, что доля неонатальной смертности в большинстве стран Европейского региона стабилизиро-

валась в среднем на уровне 65-70%, при слабой тенденции к снижению этой доли в последние годы [14, 17].

С другой стороны, увеличение удельного веса постнеонатальной составляющей младенческой смертности, как это сложилось в РК, демонстрирует, что в стране имеются большие резервы снижения младенческой смертности. Следовательно, наряду с дальнейшим увеличением эффективности работы здравоохранения, направленной на сокращение как неонатальной, так и постнеонатальной смертности, следует усилить внимание к социальным возможностям сокращения уровня постнеонатальной смертности, связанным со снижением проблем функционирования семьи и повышением доступности своевременной квалифицированной медицинской помощи [15, 16].

Когда смертность на первом году жизни концентрируется в неонатальном и, особенно, в раннем неонатальном периоде, а величина ее показателя определяется преимущественно перинатальными причинами и врожденными аномалиями, уровень младенческой смертности все больше замыкается на качестве системы здравоохранения и родовспоможения и все меньше зависит от социально-экономической ситуации [2, 4]. На сегодняшний день необходимо внедрить алгоритм взаимодействия с органами опеки по наблюдению детей из социально неблагополучных семей.

Таким образом, анализ причин младенческой смертности показал, что в регионе все еще недостаточно эффективно работают программы по перинатальному и неонатальному уходу и помощи больным новорожденным детям, а также программа интегрированного ведения болезней детского возраста. Мероприятия по профилактике младенческой смертности также должны быть направлены на здоровье обоих родителей, особенно под тщательным вниманием должно находиться здоровье будущей матери с целью предупреждения возникновения неблагоприятного воздействия на внутриутробное развитие плода, а в случае его появления – своевременного распознавания и устранения.

ЛИТЕРАТУРА

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

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

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

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

5 Кизатова С. Т. Анализ перинатальных причин в структуре младенческой смертности по Карагандинской области Кизатова /С. Т. Кизатова, Н. И. Дюсембаева // Медицина и экология. – 2016. – №3. – С. 71-74.

6 Кизатова С. Т. Перинатальные аспекты в структуре младенческой смертности по Карагандинской области /С. Т. Кизатова, М. М. Тусупбекова, Н. И. Дюсембаева // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2016. – №3. – С. 92-94.

7 Перинатальные аспекты в структуре младенческой смертности по Карагандинской области за 2016 год /С. Т. Кизатова, Н. И. Дюсембаева, Б. Т. Тукбекова, Р. А. Ниетбаева // Медицина и экология. – 2017. – №3. – С. 63-66.

8 Попова Л. А.. Младенческая смертность: история, современные тенденции, региональная специфика.. – Сыктывкар, 2010. – 32 с.

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

10 Снижение младенческой смертности – основная задача охраны здоровья детей /Р. З. Боранбаева, С. Г. Анохина, К. Ж. Биржанова, Ж. Ж. Садуова // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2019. – №2. – С.7-10.

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

12 Чувакова Т. К. Внедрение эффективных медицинских технологий в практику организаций родовспоможения и детства Республики Казахстан /Т. К. Чувакова, Б. Т. Карин // MEDIZINE. – 2017. – №4 (178). – С. 110-114.

13 Чувакова Т. К. Итоги внедрения международных критериев живорождения и мертворождения с в статистическую отчетность Республики Казахстан: ключевые интервенции, результаты /Т. К. Чувакова, Г. О. Абуова, И. В. Ивасив // Матер. респуб. науч.-практ. конф. «Инновационные технологии в области женского и детского здоровья» // Вестник ННЦМД. – 2013. – №1. – С. 9-17.

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

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

16 Lawn J. The Healthy Newborn /J. Lawn, B. J. McCarthy, S. R. Ross //A Reference Manual for Program Managers. – CDC: CCHI, 2000. – 64 p

17 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. – Geneva: World Health organisation, 2006. – 32 p.

REFERENCES

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

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

3 Embergenova M. H. Opyt Kazahstana v vypolnenii 4-oj celi tysjacheletija po snizheniju smertnosti detej ot 0 do 5 let za period s 1990 po 2015 gody /M. H. Embergenova, T. K. Chuvakova, B. T. Karin //Pediatrija i detskaja hirurgija. – 2016. – №3. – С. 65-69.

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

5 Kizatova S. T. Analiz perinatal'nyh pricin v strukture mladencheskoj smertnosti po Karagandinskoj oblasti Kizatova /S. T. Kizatova, N. I. Djusembaeva //Medicina i jekologija. – 2016. – №3. – С. 71-74.

6 Kizatova S. T. Perinatal'nye aspekty v strukture mladencheskoj smertnosti po Karagandinskoj oblasti /S. T. Kizatova, M. M. Tusupbekova, N. I. Djusembaeva //Pediatrija i detskaja hirurgija Kazahstana. – 2016. – №3. – С. 92-94.

7 Perinatal'nye aspekty v strukture mladencheskoj smertnosti po Karagandinskoj oblasti za 2016 god /S. T. Kizatova, N. I. Djusembaeva, B. T. Tukbekova, R. A. Nietbaeva //Medicina i jekologija. – 2017. – №3. – С. 63-66.

8 Popova L. A.. Mladencheskaja

smertnost': istorija, sovremennye tendencii, regional'naja specifika.. – Syktyvkar, 2010. – 32 s.

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

10 Snizhenie mladencheskoj smertnosti – osnovnaja zadacha ohrany zdorov'ja detej /R. Z. Boranbaeva, S. G. Anohina, K. Zh. Birzhanova, Zh. Zh. Saduova //Pediatrija i detskaja hirurgija Kazahstana. – 2019. – №2. – С.7-10.

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

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

13 Chuvakova T. K. Itogi vnedrenija mezhdunarodnyh kriteriev zhivorozhdenija i mertvorozhdenija s v statisticheskiju otchetnost' Respubliki Kazahstan: kljuchevye intervencii, rezul'taty /T. K. Chuvakova, G. O. Abuova, I. V. Ivasiv //Mater. respub. nauch.-prakt. konf. «Innovacionnye tehnologii v oblasti zhenskogo i detskogo zdorov'ja» //Vestnik NNCMD. – 2013. – №1. – С. 9-17.

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

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

16 Lawn J. The Healthy Newborn /J. Lawn, B. J. McCarthy, S. R. Ross //A Reference Manual for Program Managers. – CDC: CCHI, 2000. – 64 p

17 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. – Geneva: World Health organisation, 2006. – 32 p.

Поступила 22.08.2019 г.

S. T. Kizatova¹, M. M. Tusupbekova¹, N. I. Dyusembayeva², B. D. Ashirbekova¹, T. A. Kiryanova¹
ANALYSIS OF INFANT MORTALITY IN KARAGANDA REGION FOR 2018

¹*NC JSC «Karaganda Medical University» (Karaganda, Republic of Kazakhstan);*

²*Department of Maternal and Child Health of Health Resources and Services Administration of Karaganda region (Karaganda, Republic of Kazakhstan)*

The purpose of the study: analysis of infant mortality in the Karaganda region for 2018 in comparison with 2017 and national average data.

The authors analyzed the *Babies* matrix, which contains information on stillborn and deceased children under the age of 1 year (including those born with a gestational age of 22 weeks or more) in the Karaganda region and the Republic of Kazakhstan for 2017-2018. In terms of regions, infant mortality in the Karaganda region for 2018 with a positive trend is a further decrease in infant mortality with an indicator below the republican level, which amounted to 7.4 versus 7.7 per 1000 live births, with RK 7.9 per 1000 births alive, against 8.1 of the same period of 2017.

Key words: infant mortality, newborns, premature infants

С. Т. Кизатова¹, М. М. Тусупбекова¹, Н. И. Дюсембаева², Б. Д. Аширбекова¹, Т. А. Кирьянова¹
2018 ЖЫЛЫ ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША НӘРЕСТЕ ӨЛІМІН ТАЛДАУ

¹*КеАҚ «Қарағанды медицина университеті» (Қарағанды, Қазақстан);*

²*Қарағанды облысы бойынша денсаулық сақтау басқармасы ана мен баланы қорғау бөлімі (Қарағанды, Қазақстан)*

Зерттеудің мақсаты: 2017 жылмен және орташа республикалық деректермен салыстырғанда 2018 жылы Қарағанды облысында нәресте өлімінің көрсеткіштерін талдау.

Біз Қарағанды облысы бойынша және 2017-2018 жылдары ҚР бойынша 1 жасқа дейінгі өлі туған және қайтыс болған балалар туралы мәліметтерді қамтитын *Babis* матрицасын талдаймыз. Өңірлер бөлінісінде Қарағанды облысында 2018 жылы оң үрдіспен нәресте өлімі республикалық мәннен төмен көрсеткішпен одан әрі төмендеу болып табылады, ол 1000 тірі туылғандарға 7,7 қарсы 7,4 құрады, ҚР бойынша 1000 тірі туылғандарға 7,9 көрсеткішпен, 2017 жылдың сәйкес кезеңіне 8,1 қарсы.

Кілт сөздер: сәби өлімі, жаңа туған нәрестелер, шала туған