ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫЕ ПОТЕРИ (ФИП) – «ИНДИКАТОР» СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НАО (НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО КРУГА)

М.Г. Дьячкова

Л.А. Заросликова

Северный государственный медицинский университет

В условиях экономического кризиса проблема охраны здоровья репродуктивного населения является фактором национальной безопасности, критерием эффективности социальной и экономической межведомственной политики государства. В сложившихся условиях назрела необходимость анализа проблем и разработки стратегии по охране репродуктивного здоровья населения Архангельской области и НАО.

Совместный анализ показателей ФИП НАО и Архангельской области был проведен нами с учетом мнения по объединению вышеуказанных регионов в единое целое. Этот анализ представляется нам интересным, так как имеются существенные различия ФИП связанные с особенностями этноса, проживания, особенностями организации медицинских служб области и округа.

Оценка уровня ФИП за десятилетний период показала, что в целом по Архангельской области наблюдается тенденция к его снижению (рис 1).

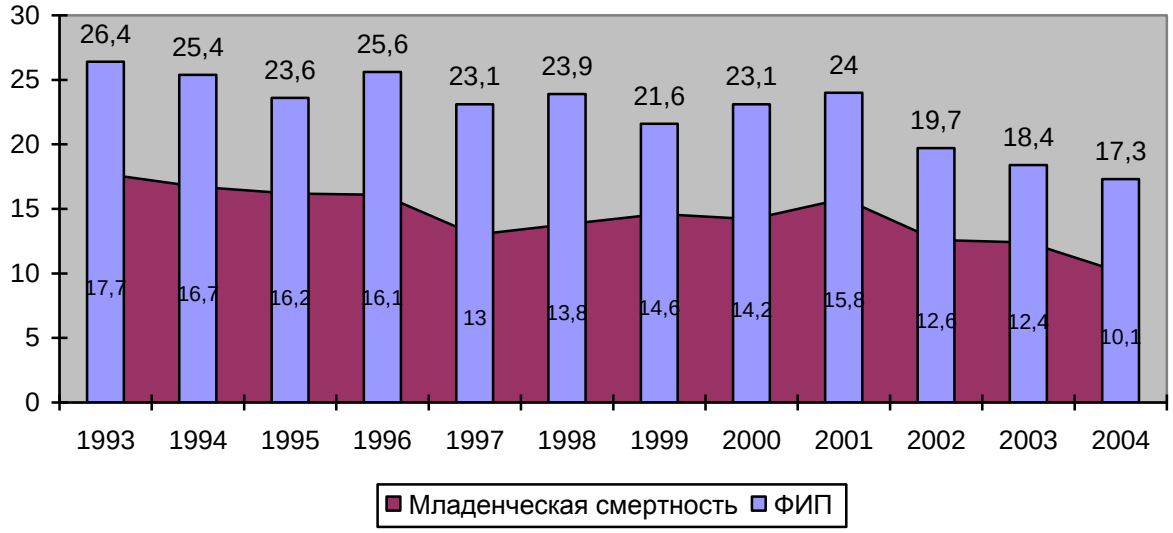

Рис. 1 Динамика ФИП и показателя младенческой смертности по Архангельской области за 1993 -2004 года на 1000 родившихся (‰).

Показатели ФИП по Ненецкому Автономному Округу, имеют тенденцию к росту, что выпадает не только из позитивной общеобластной, но и общероссийской динамики и это обстоятельство должно быть предметом специального внимания и анализа, как региональных администраций, так и Представительства Округа (рис. 2).

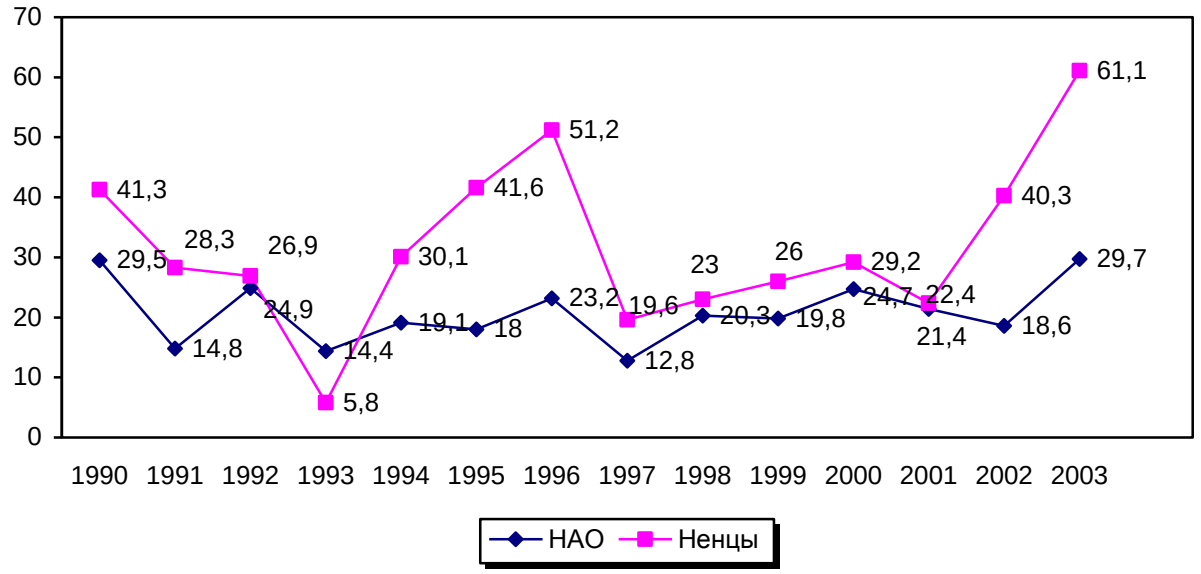

Рис. 2 Динамика младенческой смертности по НАО в целом и среди коренного населения за тринадцатилетний период на 1000 родившихся (‰).

Анализируя показатели младенческой смертности по районам Архангельской области можно сделать следующие выводы: если в целом по области идет тенденция к снижению данного показателя, то в таких районах как Каргопольский, Коношский, Мезенский, Пинежский, Няндомский отмечается его рост, что вероятно связано с организационными дефектами в работе с новорожденными и грудными детьми, отсутствием квалифицированных специалистов в районах, а также неблагополучием в состоянии здоровья матерей и их низкой медицинской активностью (рис. 3).

Среди всех потерь жизнеспособных детей в Архангельской области в течении последнего десятилетия преобладала мертворожденность (в среднем 36,5 %). Одновременно оставались высокими и показатели ранней неонатальной смертности. На протяжении 12 лет они стабильно занимали второе место среди фетоинфантильных потерь (рис 4).

Структура ФИП в НАО имеет значительные отличия от структуры в Архангельской области. На первом месте в НАО уверенно лидирует

постнеонатальная смертность (32,3%), на втором ранняя неонатальная (30,8%), на третьем месте мертворожденность (26,2%).

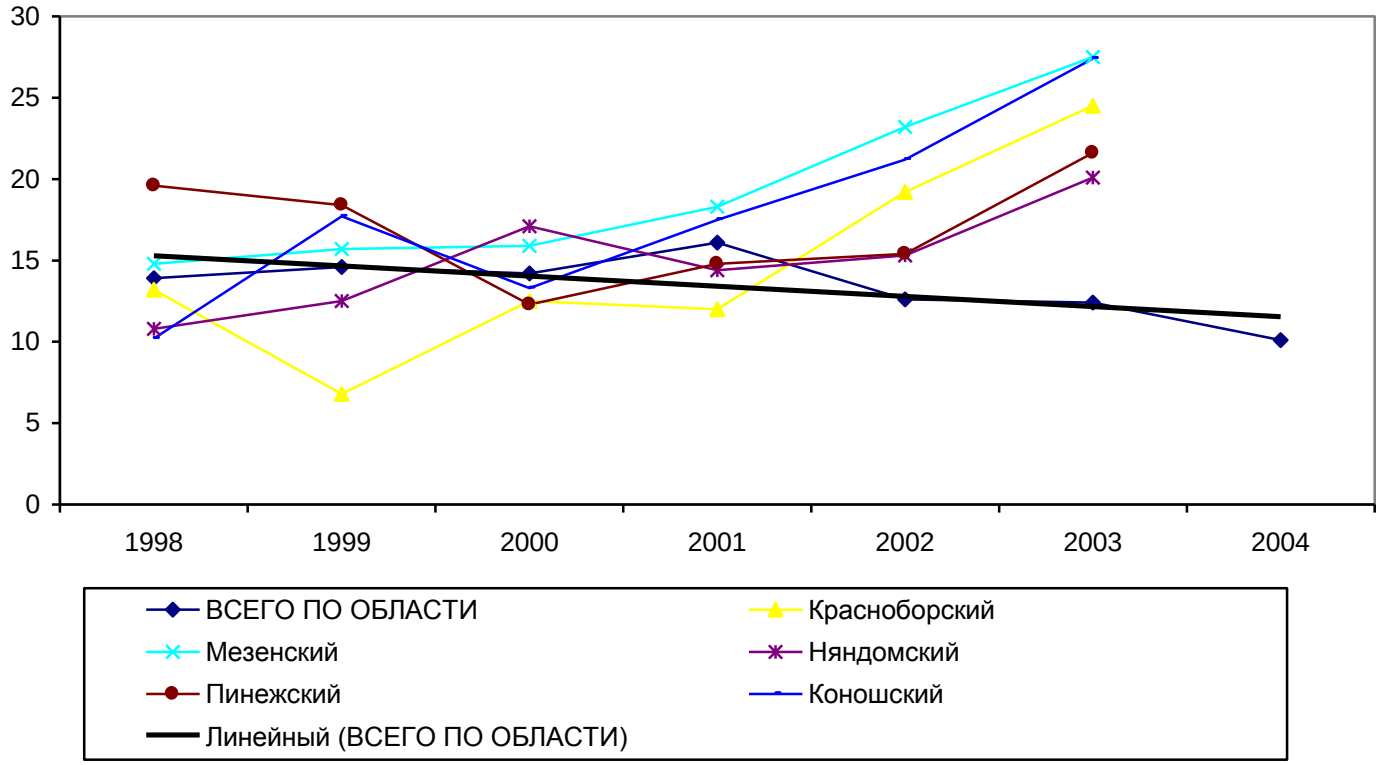

Рис. 3 Динамика младенческой смертности по районам неблагополучным по данному показателю за пятилетний период**(‰).**

В НАО показатель постнеонатальной смертности в течении последних пяти лет к сожалению имел тенденцию постоянного роста, что связано с резким увеличением роли социальных и медико-организационных факторов риска (уровень образования матери, качество ухода за ребенком, вредные привычки родителей, особенности национального этноса, качество ухода за ребенком, дефекты медицинского обеспечения матерей и детей на этапах оказания медицинской помощи и т. д.) в регионе.

Более 60% в структуре младенческой смертности составляет неонатальная смертность как по Архангельской области, НАО так и по РФ в целом. Возможно одной из причин высокого удельного веса данной части младенческой смертности является переход России на новое определение живорождения, данные изменения могли увеличить как раннюю так и неонатальную смертность [2] Данную часть младенческой смертности следует рассматривать как следствие сочетанной

патологии матери и плода (рис 5).

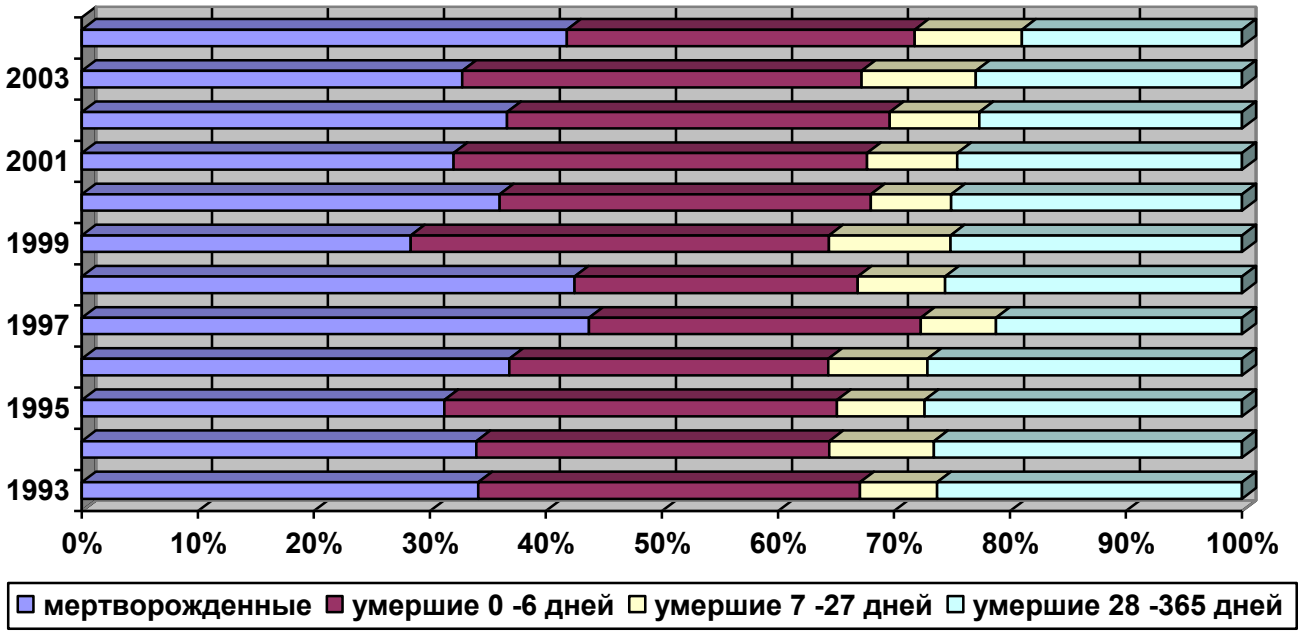

Рис. 4 Изменение структуры фетоинфантильных потерь в Архангельской области за десятилетний период .

Именно показатели неонатальной смертности являются результатом не только влияния социально-экономических, социально-психологических, медицинских факторов риска, но и сложившейся демографической ситуации сознательно регулируемой рождаемости и состояния здоровья поколений.

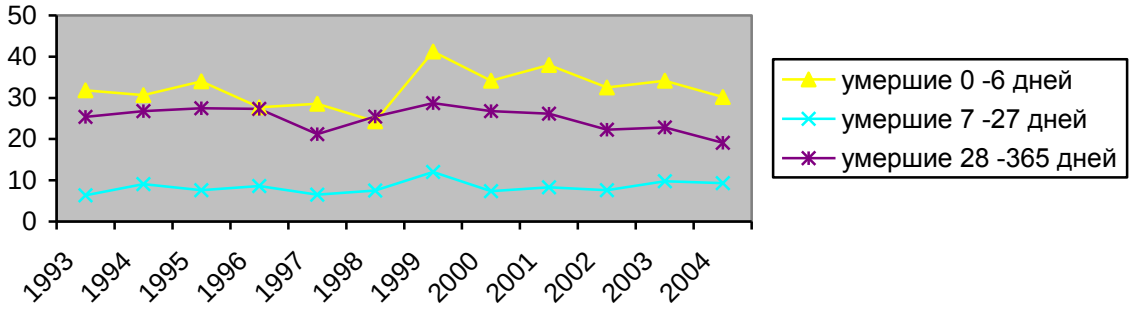

Рис. 5. Динамика показателей младенческой смертности по Архангельской области **(‰).**

Учитывая, что такой компонент младенческой смертности, как ранняя неонатальная смертность входит в понятие перинатальной смертности. Нами была

проанализирована также динамика последней. С 1993 года показатель перинатальной смертности по Архангельской области снизился с 17,1‰ до 11,5‰. Однако данное снижение преимущественно было обусловлено динамикой ранней неонатальной смертности и в меньшей степени происходило за счет снижения мертворожденности. В НАО перинатальная смертность имела тенденцию к росту как по показателю мертворождаемости, так и по показателю ранней неонатальной смертности.

Важно подчеркнуть, что проблема перинатальной смертности вообще и мертворожденности в частности - это во многом проблема невынашеваемости [2,7]. Среди причин этого явления можно отметить высокую и нарастающую в динамике частоту экстрагенитальной патологии. Так из общего числа родов более половины (53,2%) в 1999 году и подавляющее большинство (81,0% - Архангельская область, НАО – 83,7%) в 2004 пришлось на беременных с риском экстрагенитальной патологии. О неблагополучии в состоянии здоровья беременных и рожающих женщин свидетельствуют показатели работы акушерско-гинекологических служб (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей работы акушерско-гинекологических служб за пятилетний период %.

показатель	Архангельская область		НАО	
	2000	2004	2001	2004
Гестоз	21,4	20,6	8,9	14,3
Анемия	54,8	56,6	43,5	55,9
Заболевание почек	37,7	42,2	16,7	29,1
Кровотечения	2,3	11,1	3,6	11,4
Преждевременные роды	5,0	4,4	5,6	5,2
Патологические роды	77,7	80,1	86,7	89,8

Как показал анализ статистических данных, ведущими причинами мертворожденности являлись внутриутробная гипоксия и асфиксия пода,

врожденные аномалии развития, плацентарные нарушения, тяжелые гестозы, ВУИ. Характеризуя структуру причин младенческой смертности можно отметить следующие особенности: ведущей причиной в течении многих лет являются состояния перинатального периода, которые лидируют с 1999 года (табл. 2).

Таблица 2

Средний многолетний показатель смертности на первом году жизни по заболеваниям за 1993 –2004 г.г на 1000

Нозология	Средний многолетний показатель смертности
Болезни эндокринной системы	0,3
Болезни ЦНС и органов чувств	0,3
Прочие	0,7
Новообразования	0,5
Инфекционные и паразитарные болезни	0,6
Болезни органов дыхания	0,74
Травмы и отравления	0,96
Врожденные аномалии	3,7
Болезни перинатального периода	5,3
Всего	14,6

Данный показатель, к сожалению, не имеет тенденции к снижению. Второе место по частоте занимает смертность от врожденных аномалий развития. Третью позицию занимают травмы и отравления, показатель смертности от которых неуклонно растет, что говорит о возрастающей роли социальных факторов риска и неблагополучии в формировании здоровья населения региона.

При анализе причин младенческой смертности в НАО лидировали болезни перинатального периода (63,6%) , второе место занимали травмы и несчастные случаи (18,2%) и третье - врожденные аномалии развития (9,1%). Одна из лидирующих позиций в структуре причин младенческой смертности вне лечебных учреждений, травм и отравлений вызывает особую тревогу, так как является признаком социального неблагополучия в обществе.

Проанализировав распределение умерших детей 1-го года жизни по месту

смерти, можно сказать, что в НАО 18,2% умерли в акушерском стационаре, 46,2% - в стационаре (ОАРИТ, амбулатория ОДКБ), 27,3%- на дому.

Структура младенческой смертности на 2004 год по Архангельской области показала, что 46,9% детей умерло в родильном доме, 33,8 в стационаре, 19,3% на дому. К сожалению, удельный вес смертей на дому достаточно высок как по Архангельской области, так и по НАО.

Изучая ФИП, мы посчитали уместным затронуть один из значимых репродуктивно-демографичеких показателей – показатель репродуктивных потерь.

В современных социально-демографических условиях особо остро стоит вопрос о сокращении репродуктивных потерь в процессе воспроизводства населения за счет повышения эффективности мероприятий, направленных на снижение распространенности искусственных абортов. Уровень распространенности абортов остается одной из наиболее ярких характеристик степени проникновения идей планирования семьи в массовое репродуктивное сознание женщин: перехода от аборта как главного традиционного российского средства регулирования рождаемости к контрацепции. Бесспорно, что здоровье ребенка, особенно раннего и грудного возраста, непосредственно зависит от состояния здоровья женщины – матери, которое определяется многочисленными факторами, в том числе и частотой беременности. Многие годы в РФ так и в Архангельской области и НАО в частности, сохраняется высокий уровень медицинских абортов выполняемых как в ранние, так и в поздние сроки беременности и, в том числе по социальным показаниям. Высокий удельный вес абортов может привести к нарушению каждой из составляющих репродуктивного здоровья (табл. 3).

Таблица 3

Динамика абортов на 1000 женщин фертильного возраста и на 1000 детей родившихся живыми и мертвыми за 1994-2004 года (метод укрупнения интервалов).

	1994 -95	1996 -97	1998 -99	2000 -01	2003 -04
Аборты на 1000 женщин фертильного возраста	78,3	69,5	64,5	63,2	60,7
Число	2020,5	1995,8	1618,1	1846,7	1480,7

абортов на 1000 детей родившихся живыми					

В настоящее время в структуре абортов преобладают искусственные артифициальные аборты (84,6%), на долю самопроизвольных приходится 4,8%, неуточненных - 7,85%. Ежегодно возрастает удельный вес абортов у первобеременных в общем числе абортов. Он составил в 2004 году 11,2% к 9,9% - 1999 г. соответственно. Доля криминальных абортов за последние 5 лет снизилась в 3 раза (0,1% - 1998 г., 0,03% - 2004 г.), но отмечается рост удельного веса абортов по социальным показаниям в общем числе абортов. Летальность после искусственного прерывания беременности по социальным показаниям в 2 раза превышает общую летальность после абортов и в 10 раз летальность после артифициального аборта, что обусловливает необходимость ограничения абортов по социальным показаниям и проведения прерывания беременности в поздние сроки преимущественно по медицинским показаниям в стационарах высокой степени риска.

По статистическим данным частота осложнений после аборта, колеблется в пределах 16 - 52%, при этом поздние осложнения, преимущественно более тяжелые, значительно превышают ранние, что в значительной степени влияет на будущее потомство [2,3,7].

Степень риска аборта для здоровья и жизни женщины определяется всем объемом квалифицированной медицинской помощи при проведении аборта, с обеспечением ее доступности, качества и безопасности, включая эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий аборта (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию после аборта.

Таким образом, несмотря на устойчивую тенденцию к снижению абортов в Российской Федерации, они занимают ведущее место в структуре исходов всех наступивших беременностей и репродуктивных потерь.

Известно, что материнская смертность является важнейшим мониторинговым

показателем состояния репродуктивного здоровья женщин. В современных условиях она является яркой иллюстрацией уровня материального положения женщины в обществе, уровня его социально-экономического благополучия, отражающего доступность, своевременность и качество оказываемой акушерско-гинекологической помощи. В течение уже почти 15 лет и на большей части территорий РФ показатель материнской смертности не имеет существенной достоверной динамики в лучшую сторону. Относительное благополучие по материнской смертности можно в последние годы видеть в Ленинградской, Калининградской областях и Республике Коми НАО. Однако, и здесь при уровнях смертности существенно ниже средне-российских, они в 4-5 раз превышают показатели развитых стран Запада. В Архангельской области при анализе показателей за десятилетний период наблюдалось некоторое снижение показателя материнской смертности в первые пять лет и его стабилизация с 1997 года без тенденции к снижению с незначительными подъемами в отдельные годы (табл.4).

Таблица 4

Динамика показателей материнской смертности по Архангельской области за 1993-2004 года в ‰ и абсолютных цифрах

	Годы											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Материнская смертность	64,7	77,8	67,8	31,0	16,0	23,0	33,7	16,5	22,3	35,9	28,0	13,9
Материнская смертность в абсолютных цифрах	-	-	0,0006	0,0004	0,0002	0,0002	0,0003	0,0002	0,0002	-	0,0003	0,0002

Ведущими причинами материнской смертности в 2004/1993 годах являлись аборты, кровотечения при беременности, внематочная беременность, и другие причины.

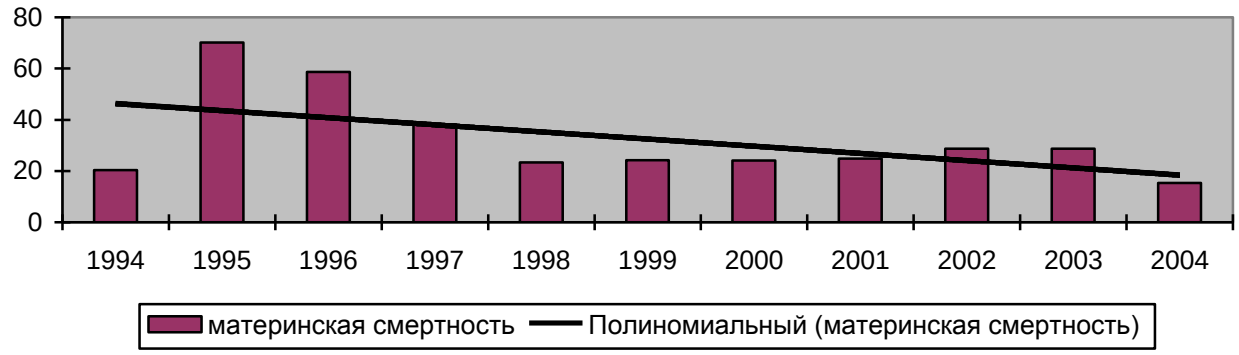

Рис. 6 Динамика показателя материнской смертности при использовании выравнивания интервала методом скользящей средней .

Констатация уровней материнской смертности, равно как и показателей младенческой смертности является подтверждением активно действующей тенденции к депопуляции и вырождению населения России в целом и Архангельской области в частности.

На формирование величины показателей перинатальной и младенческой смертности оказывают существенное влияние три группы факторов риска: медико-биологические, социально-гигиенические и медико-организационные, которые в зависимости от социально-экономических условий имеют различные степени и формируют различные эффекты ближайшего и отдаленного воздействия на организм ребенка.

Среди медико-биологических факторов риска можно отметить прежде всего такие, как возраст и состояние здоровья матери, число родов , интервал между беременностями, масса ребенка при рождении, характер вскармливания, наличие неблагоприятного преморбидного фона и патология периода новорожденности и т.д.

Из социально-гигиенических факторов наибольшее значение имеют: уровень образования матери, качество ухода за ребенком, число детей в семье, психологический климат, жилищные условия, среднемесячный доход на одного члена семьи, вредные привычки родителей и т.д.

Медико-организационные факторы риска младенческой смертности складываются из дефектов медицинского обеспечения матерей и детей на этапах

оказания помощи, среди которых можно отметить поздние сроки взятия беременных на учет в женской консультации, нарушения кратности наблюдения беременной врачом или акушеркой, некачественное наблюдение, нарушение сроков проведения первичного патронажа новорожденного, нерегулярное наблюдение ребенка на первом году жизни, позднее обращение матери за медицинской помощью при болезни ребенка и проблемы кадрового обеспечения и т.д.

Сегодня, по оценкам экспертов факторы социального неблагополучия продолжают доминировать во всех экспертных картах. Противостояние неблагоприятным тенденциям, культивирование здоровья плода и грудного ребенка возможно только методами профилактической педиатрии, что подтверждается рецензентами, которые отмечали, что в 58,1% случаев смерть новорожденных была непредотвратима именно на этапе участковых и районных больниц, но во всех указанных случаях преждевременное рождение ребенка было обусловлено в большей степени неблагополучием в состоянии здоровья матери, тяжелой экстрагенитальной патологией и при своевременном направлении женщины в областное специализированное учреждение возможность сохранения жизни ребенку становилась реальной.

Случаи смерти плодов и детей, расцененные экспертами как предотвратимые и условно – предотвратимые были изучены более детально в работах Гневашевой Т.В.(2000, 2005). Основные дефекты оказания медицинской помощи беременным и детям до 1 года были разделены по группам: организационные, тактические и лечебные, диагностические, дефекты межведомственного взаимодействия (рис 7).

Результаты исследования показали, что среди всех зарегистрированных дефектов оказания медицинской помощи преобладают тактические и лечебные нарушения, на втором месте организационные ошибки на третьем диагностические, на четвертом дефекты межведомственного взаимодействия.

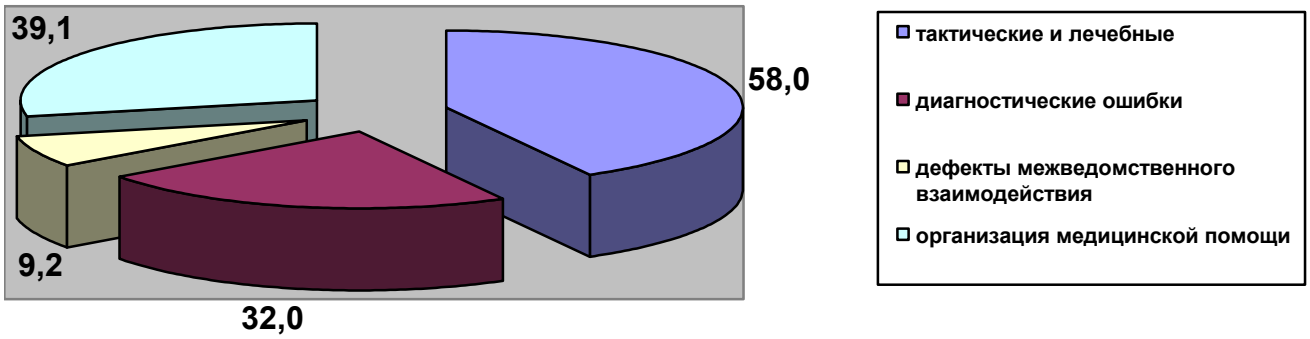

Рис. 7 Структура дефектов в оказании медицинской помощи по периодам гибели детей (плодов) (%).

Таким образом, при выявлении значительных различий в показателях смертности детей в отдельные периоды первого года жизни следует учитывать, что смертность в течение первого месяца жизни связана в какой-то мере с конституцией ребенка, врожденными аномалиями развития, неблагоприятными родами, т. е. с причинами, которые на современном этапе развития медицинской науки трудно предотвратимы, — это так называемая эндогенная смертность. Кроме причин эндогенного происхождения, ребенок с момента рождения, особенно по истечении первого месяца жизни, подвергается воздействию внешних факторов среды: влиянию высокой и низкой температур, инфекционным болезням, несчастным случаям, отравлениям и травмам и др. (экзогенная смертность). Почти все экзогенные факторы при соблюдении профилактических мероприятий, а также при правильном лечении и уходе могут быть устранены [7].

Разделение всей смертности на эндогенную и экзогенную имеет важное значение для органов здравоохранения, так как позволяет проводить более конкретные' мероприятия, направленные на снижение смертности в целом.

Таким образом, с целью улучшения показателей здоровья детей и матерей необходимо решить следующие актуальные задачи:

- концентрация усилий на снижение влияние социальных факторов риска на здоровье (реализация на всех уровнях мер по социальной защите и поддержке семьи),

- возобновление санпросвет работы и выработка высокой медицинской

активности и самосохранительного поведения у населения не только силами медицинских, но и социальных работников,

- совершенствование мер профилактики с переориентацией первичного звена здравоохранения на семейную профилактику

- повышение уровня подготовки кадров здравоохранения с использованием различных форм обучения, включая дистанционные технологии.

В решении данных задач должны принимать участие все без исключения, от уровня государственного до уровня фельдшера ФАП.

Литература:

1. Анализ младенческой смертности в Архангельской области за 2004 г.: Информационное письмо / Гневашева Т.В. - Архангельск – 2005. - 6 с.
2. Андреева Е.М., Е А. Кваша Особенности показателей младенческой смертности в России / Е.М. Андреева, Е А. Кваша// Проблемы социальной гигиены организации здравоохранения и истории медицины. - 2002. - № 4. - С 15 -20.
3. Воронцов М.И. Состояние здоровья детей и тенденции развития детского здравоохранения в СЗФО/ М.И. Воронцов // Здравоохранение Северо-запада. - 2003. - № 1 (2). – С. 87 -91.
4. Об уровне фетоинфантильных потерь в Новгородской области, резервах и путях его снижения: Информационное письмо. - Великий Новгород. - 2004. - 30 с.
5. Петрова Н.Г., Младенческая смертность в Ленинградской области / Н.Г. Петрова, А.Я. Гриненко, В.И. Пуринь, А.Ю. Окунев //Проблемы социальной гигиены организации здравоохранения и истории медицины. – 2005. -№1. – С. 33 -35.
6. Факторы риска и прогноз смерти детей в возрасте до 1 года на европейском Севере России: Автореферат. … канд. мед .наук / Гневашева Т.В. – Архангельск, 2000. – 17 с.
7. Ярославцев А.С. Основные тенденции младенческой смертности в Поволжье/ А.С. Ярославцев //Проблемы социальной гигиены организации здравоохранения и истории медицины. - 2002.- № 4. – С. 20 -22