

УДК: 616-036.88-053.2-02(574)

Материал поступил в редакцию: 11-05-2014

Материал принят к печати: 29-07-2014

Main tendencies of infant mortality in Kazakhstan

Bayserkina F.

JSC "National Children's Rehabilitation Center", Astana city, Kazakhstan

The aim of research was to conduct a comparative analysis and identify the main trends in infant mortality in Kazakhstan by regions for 1991-2012 years.

Methods: The source of served as a summary of the births and deaths of children under 1 year of age in the Republic of Kazakhstan by regions in 1991-2012 year. Conducted a retrospective research of infant mortality in the Republic of Kazakhstan for 14 years and regions. Almaty and Astana using statistical indicators of demographic yearbooks submitted Kazakhstan Agency for Statistics. Absolute and relative mortality ratio was used for purpose of study the demographic indicators.

The object of study included children aged under 5 years old who died from various causes of death. International Classification of Diseases and Health was used 10 reviews for coding causes of death (ICD -10).

Results: In Kazakhstan, the highest rates of infant mortality have been recorded in Kyzylorda - 25.1 (per 1,000 live births), South Kazakhstan region - 25, Zhambyl - 23.8, East Kazakhstan - 22.5, Aktobe - 20.9, Karaganda - 20.7. Birth rate increased and was 20.4 per 1000 people. Among the causes of infant mortality rank first conditions originating in the perinatal period (82.3%), second - congenital malformations (17.8%), the third - respiratory diseases (8.5%) and the fourth - other.

In the Southern region has features seasonally adjusted mortality rate for children on the first year of life. If the infant mortality rate in the country is slightly higher in July, August, January and February, the South Kazakhstan region of the peak index falls in June, July, August and September. Therefore, this calls for careful attention to the summer peak of infant mortality. Success in its reduction will depend on how effective will be measures against seasonal outbreaks of intestinal infections in the region.

Conclusions: Analysis of the structure of causes of maternal mortality characterizes adverse health trends babies first year of life, in the structure of causes of infant mortality in the ten years of the Republic of Kazakhstan place I occupy conditions originating in the perinatal period, congenital malformations. What can be said about the diseases of the respiratory system, where rates have dropped significantly, but continues to occupy third place due to high mortality rates in areas such as South Kazakhstan, Akmola, Kyzylorda, Mangystau.

Keywords: infant mortality, live births and stillbirths criteria, endogenous and exogenous causes, the incidence

J Clin Med Kaz 2014; 2(32): 54-59

Автор для корреспонденции: Байсеркина Фарида Дугалиевна, заместитель председателя Правления АО «Республиканский детский реабилитационный центр», 8(7172)51-15-47, 87789991777, E-mail: abdis@yandex.ru

НӘРЕСТЕ ӨЛІМІНІҢ ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ НЕГІЗГІ ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫ

Байсеркина Ф.Д.

«Республикалық балаларды оңалту орталығы» АҚ, Астана қ., Қазақстан

Мақсаты: Қазақстандағы 1991-2012 жылдар аралығындағы облыстар шоғырында сәби өлімінің негізгі үрдістерін анықтау және салыстырмалы талдау болып табылды.

Әдістері: зертеудің қайнар көзі болып Қазақстан республикасының облыстар шоғырындағы бір жасқа толмаған балалардың туу және өлім көрсеткіштерінің жинақ деректері болып табылды.

Осыған орай, республиканың 14 аумағы мен Астана, Алматы қалаларында Қазақстан Республикасының статистика бойынша агенттігінің демографиялық жыл санақтырынан статистикалық көрсеткіштерді қолдана отырып ретроспективті зерртеу жүргізілді, демографиялық көрсеткіштерді анықтау үшін өлімнің абсолютті және салыстырмалы көрсеткіштері қолданылды.

Зерттеу объектісі болып, бес жасқа дейінгі әр түрлі өлім себептерінен қайтыс болған балалар қарастырылды. Өлім себептерін кодтау үшін аурулардың халықаралық классификациясы мен денсаулық мәселелерінің 10-шы қарастырылуы (АХК – 10) қолданылды.

Нәтижелер: Қазақстанда нәресте өлімінің жоғарғы көрсеткіштері Қызылорда облысында – 25,1 (1000 жаңа туылғандар санына), Оңтүстік Қазақстан облысында – 25, Жамбыл облысында – 23,8, Шығыс Қазақстан облысында – 22,5, Ақтөбе облысында – 20,9, Қарағанды облысында – 20,7 жиі тіркелген.

Республика бойынша туу көрсеткіштері 1000 адамға 20,4 құрастырып, жоғарылағанын көреміз.

Нәресте өлімі себебінің құрылымында бірінші орынды перинатальды кезеңдегі жағдайлар (82,3%), екінші орынды – туа біткен ақаулардың дамуы (17,8%), үшінші орында – тыныс алу аурулары (8,5%) және төртінші – басқалары алып жатыр.

Бір жасқа дейінгі балалардың өлім себептері Оңтүстік аймақтардағы сезондық өзгерістердің ерекшелігіне байланысты. Егер республика бойынша нәресте өлімі шілде, тамыз, қаңтар мен ақпан айларында жоғары болса, Оңтүстік Қазақстан облысында бұл көрсеткіштің ең жоғарғы деңгейі маусым, шілде, тамыз бен қыркүйек айларына келеді. Сондықтан бұл жағдай нәресте өлімінің жазғы уақыттардағы шектік кезеңіне аса ерекше назарды талап етеді.

Қорытынды: Осы он жылдың ішінде Қазақстан Республикасы бойынша нәресте өлімі себептерінің құрылымында бірінші орынды перинатальды кезеңде туа пайда болған ақаулар алып жатыр. Тыныс алу жолдарының ауруларына тиісті көрсеткіштер төмендеді, бірақ Оңтүстік Қазақстан, Ақмола, Қызылорда, Маңғыстау облыстарындағы тыныс алу жолдары ауруларының себебінен өлім көрсеткіштерінің жоғары болуына байланысты үшінші орынды алады.

Маңызды сөздер: балалар өлімі, нәресте өлімі, тірі және өлі туылу көрсеткіштері, эндогенді және экзогенді себептер, аурушандылық.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ

Байсеркина Ф.Д.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г.Астана, Казахстан

Цель исследования: провести сопоставительный анализ и выявить основные тенденции младенческой смертности в Казахстане в разрезе областей за 1991-2012 годы.

Методы: Источником послужили сводные данные о рождаемости и смертности детей до 1 года жизни по РК в разрезе областей за 1991-2012 гг. Проводилось ретроспективное исследование младенческой смертности в Республике Казахстан по 14 регионам и гг. Алматы и Астана с использованием статистических показателей из демографических ежегодников представленных Агентством Республики Казахстан по статистике. С целью изучения демографических показателей применялись абсолютные и относительные показатели смертности.

Объектом исследования были дети в возрасте до 5 лет умерших от различных причин смерти. Для кодирования причин смерти применялась Международная классификация болезней и проблем здоровья 10 пересмотра (МКБ – 10).

Результаты: В Казахстане наиболее высокие показатели младенческой смертности зарегистрированы в Кызылординской области – 25,1 (на 1000 новорожденных), Южно-Казахстанской области – 25, Джамбылской – 23,8, Восточно-Казахстанской – 22,5, Актюбинской – 20,9, Карагандинской – 20,7. Рождаемость в стране возросла и составила 20,4 на 1000 человек. В структуре причин младенческой смертности первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде (82,3%), второе – врожденные пороки развития (17,8%), третье – болезни органов дыхания (8,5%) и четвертое – прочие.

В Южном регионе отмечается особенности сезонных колебаний смертности детей на 1-ом году жизни. Если в республике младенческая смертность несколько выше в июле, августе, январе и феврале, то в Южно-Казахстанской области пик показателя приходится на июнь, июль, август и сентябрь. Поэтому это обстоятельство требует внимательного отношения к летнему пику смертности младенцев. Успех в деле ее снижения будет зависеть от того, насколько эффективными окажутся меры против сезонных вспышек кишечных инфекций в регионе.

Выводы: В структуре причин младенческой смертности в РК все десять лет I место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные пороки развития. Что нельзя сказать о заболеваниях органов дыхания, где показатели значительно снизились, но продолжает занимать третье место за счет высоких показателей смертности в таких областях, как ЮКО, Ақмолинская, Қызылординская, Маңғыстауская.

Ключевые слова: младенческая смертность, критерии живорождения и мертворождения, эндогенные и экзогенные причины, заболеваемость

ВВЕДЕНИЕ

В своем Послании народу Казахстана «Новое десятилетие - новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» Президент Назарбаев Н.А. подчеркнул, что одной из важнейших задач предстоящего десятилетия является улучшение медико - демографической ситуации в Казахстане, укрепление социальной стабильности и защищенности. Ключ к решению этого вопроса заключается в охране здоровья матери и ребенка, т.к. именно эта группа населения является наиболее уязвимой и напрямую зависимой от государственной поддержки и любых социально - экономических реформ. И государством

будут созданы все необходимые условия для увеличения численности населения страны к 2020 году на 10% [1].

Для оценки состояния общественного здоровья, качества жизни населения, степени развития и организации здравоохранения в различных странах, ВОЗ рекомендует, наряду с традиционными критериями (общая, материнская, перинатальная и младенческая смертности) использовать показатель смертности детей в возрасте до 5 лет. Одним из основных показателей состояния здоровья населения, в том числе детского, является показатель смертности [4,7].

Таблица 1. Показатели смертности по данным разных источников (на 1000 живорожденных)

Источник и период наблюдения	Показатель младенческой смертности		Смертность детей от 1 до 5 лет
	Неонатальная	Постнеонатальная	
МЗ РК 1997-2001	11	10	7
ПМДК 1994-1999	34	28	10

Рассматривая показатели смертности детского населения, необходимо отметить, что больше всего детей умирает в младенческом возрасте (табл.1).

Младенческая смертность - один из демографических факторов, наиболее наглядно отражающих уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения.

В настоящее время смертность детей в возрасте от 0 до 5 лет в Республике Казахстан превышает аналогичный показатель по сравнению со странами СНГ, имеющих сходное социально-экономические и медико-организационные условия, что и вызывает интерес у демографов Казахстана.

Уровень детской смертности в Казахстане выше, чем в Беларуси, России, Украине [5]. Как отмечено в ходе совещания по внедрению эффективных технологий в Казахстане по программам ВОЗ, в Казахстане младенческая смертность имеет очень высокий показатель – 20,4 на 1000 новорожденных и по этому показателю занимает 2-е место после Кыргызстана [6].

Согласно данным Статистического Агентства РК за 2012 год в республике ежегодно умирают свыше 5 тысяч детей в возрасте до 1 года (14,84 на 1000 родившихся живыми).

Уровень смертности детей на 1-м году жизни является одним из основных показателей здоровья населения. Согласно Целевым индикаторам реализации Программы «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 гг.» направленных на снижение младенческой смертности к 2013 году это число достигнет -14,1, к 2015 году - 12,3 на 1000 родившихся живыми [2].

Данный показатель достаточно ярко свидетельствует о степени заинтересованности государства в охране здоровья матери и ребенка, а в конечном итоге об эффективности социальной политики в стране.

В связи с выше изложенным, **целью** нашего исследования явилось провести сопоставительный анализ и выявить основные тенденции младенческой смертности в Казахстане.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Источником послужили сводные данные о рождаемости и смертности детей до 1 года жизни по РК в разрезе областей за 1991-2012 гг. Проводилось ретроспективное исследование младенческой смертности в Республике Казахстан по 14 регионам и гг. Алматы и Астана с использованием статистических показателей из демографических ежегодников представленных Агентством Республики Казахстан по статистике. С

целью изучения демографических показателей применялись абсолютные и относительные показатели смертности.

Объектом исследования были дети в возрасте до 5 лет умерших от различных причин смерти. Для кодирования причин смерти применялась Международная классификация болезней и проблем здоровья 10 пересмотра (МКБ – 10).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдалась неустойчивая тенденция к снижению показателя младенческой смертности (МС) с 27,4‰ в 1991 г. до 19,4‰ в 2010 г. (среднегодовое снижение 0.80

‰) с относительно высокими показателями в 1993-1995 гг., когда его значения удерживались на уровне 28‰ в 1993 г. и 27,3‰ в 1995 г. (табл.2)

Таблица 2. Показатели младенческой смертности в РК с 1991 -2010 гг.

№	Годы	Средне республиканский показатель
1	1991	27,4‰
2	1993	28‰
3	1995	27,3‰
4	2000	19,6‰
5	2005	15,2‰
6	2010	19,4‰

С 2005г. показатели изменились в лучшую сторону, где при росте показателей рождаемости имело место снижение МС. Уровень МС в РК в 2005 г. составлял 15.2 и был выше, чем в других странах СНГ, как Россия (11.3). Украина (10.0), Беларусь (6.3).

В целом на фоне снижения МС наблюдается снижение уровня смертности от перинатальных

причин (89,3-63,1 на 10 тыс. родившихся), от болезней органов дыхания (86,6-52,9 на 10 тыс. родившихся), от инфекционно-паразитарных заболеваний (38,2-17,0 на 10 тыс. родившихся) и рост смертности детей первого года жизни от врожденных аномалий развития (33,5-35,1 на 10 тыс. родившихся).

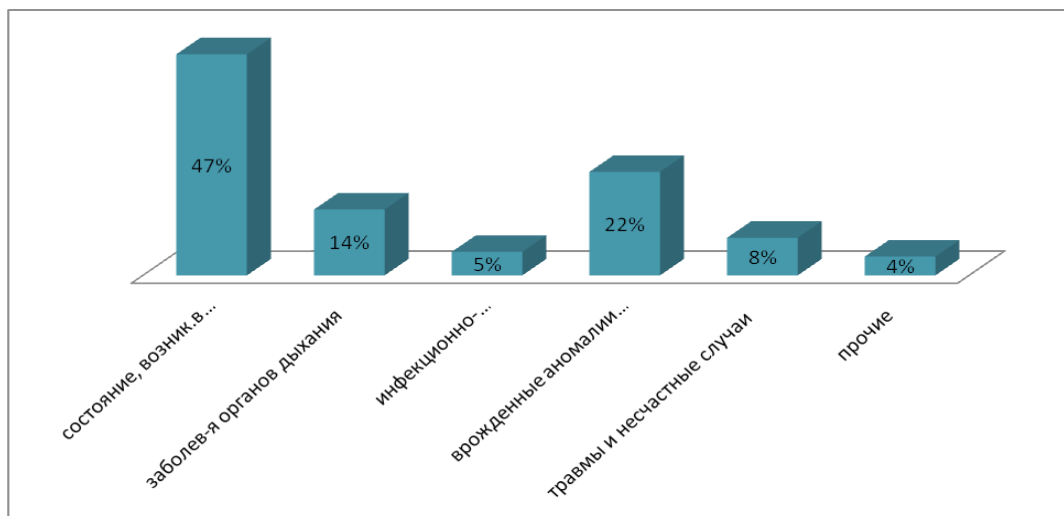
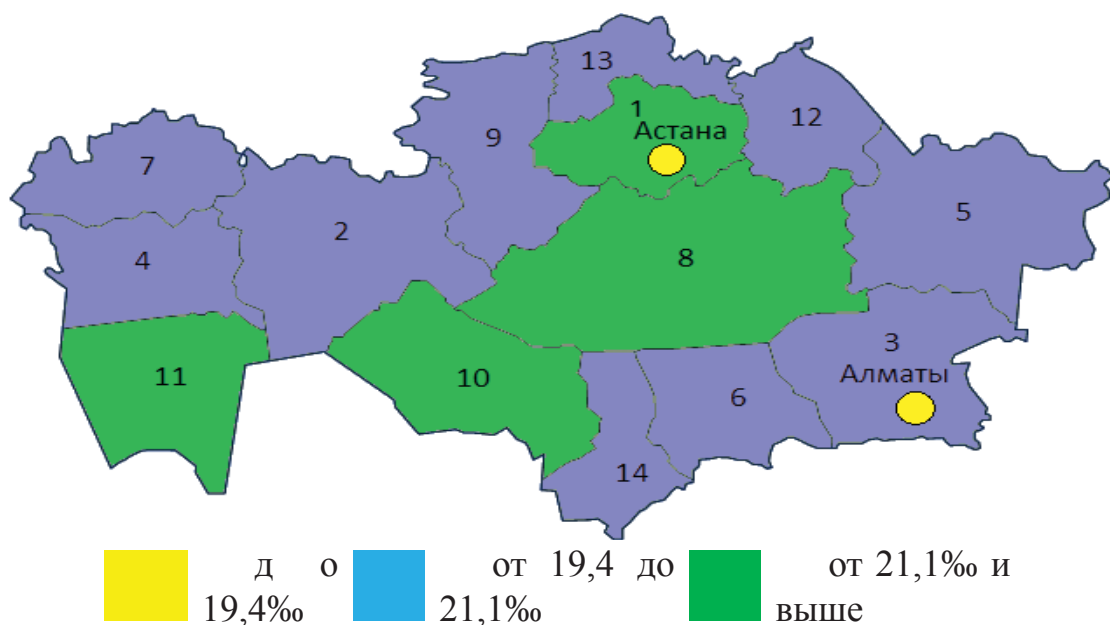


Рисунок 1. Структура младенческой смертности по причинам, 2001-2010 гг.

В структуре причин младенческой смертности первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде (47%), второе – врожденные пороки развития (22%), третье – болезни органов дыхания (14%) и четвертое – несчастные случаи и травмы (8%).

В разрезе областей высокие показатели МС в 2006 г.

отмечались в Мангыстауской, Павлодарской, Кызылординской, Актюбинском, Восточно-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях и составили 27,9‰; 25,5‰; 24,6‰; 21,1‰; 20,2‰; 20,0‰ соответственно, которые значительно превышали средне республиканский показатель 19,4‰ (рис 2.)[12].



Области: 1. Акмолинская, 2. Актюбинская, 3. Алматинская, 4. Атырауская, 5. Восточно-Казахстанская, 6. Жамбылская, 7. Западно-Казахстанская, 8. Карагандинская, 9. Костанайская, 10. Кызылординская, 11. Мангыстауская, 12. Павлодарская, 13. Северо-Казахстанская, 14. Южно-Казахстанская

Рисунок 2 – Картограмма младенческой смертности за 2006 гг. (мировой стандарт, ‰)

ОБСУЖДЕНИЕ

Данные независимых исследований (программа медико-демографического исследования Казахстана - ПМДК) проведенных в Казахстане в 1995 и 1999 годах и мульти индикаторное кластерное обследование, проведенное в 2006 году показали, что за 15 лет (с 1989 по 2004 годы) показатель младенческой смертности повышался от исходного уровня (1989 г.), составившего 55,0 ‰ до 62 ‰ в 1999 году, а затем резко снизившись до 34,0 стабилизировался на относительно высоком уровне.

Снижение МС происходило в основном за счет снижения рождаемости, так как они являются демографическими показателями, и между ними существует прямая корреляционная зависимость ($r=0,7$; $p<0,01$).

С 2008 года с введением критериев живорождения и мертворождения показатель младенческой смертности составил 20,7, и в 2009 году отмечается тенденция к снижению до 18,4 на 1000 родившихся живыми.

Возможно, причиной столь существенной разницы является использование разных критериев живорождения и мертворождения. При этом Минздрав использовал критерии Советского периода, ПМДК - международные, рекомендованные ВОЗ [5,6,10].

Разные подходы к определению живорождения приводит к искажению реального показателя младенческой смертности в Республике Казахстан за счет регистрации части новорожденных как поздних выкидышей или мертворожденных. Особо необходимо обратить внимание на одну тенденцию младенческой смертности в нашей стране - на возрастание роли Южного региона, где стабильно высока младенческая смертность. Если в 1990 году среди всех детей умерших в Республике на 1-м году жизни на детей Южно-Казахстанской области приходилось 32,9%, то 2000 году - 36,7 %. При этом из всех родившихся в Казахстане удельный вес родившихся в данной области вырос значительно меньше с 24,2% до 26,8% [8].

В Южном Казахстане в 2000-е годы существенные изменения претерпела структура причин младенческой смертности.

Итогом описанной тенденции стало, то что с 2000 года впервые в Казахстане основные экзогенные (инфекционные заболевания и болезни органов дыхания) и эндогенные (врожденные пороки развития и болезни перинатального периода) причины в структуре смертности детей на первом году жизни фактически сравнялись по своей доле - 50,5 и 49,5%, хотя в 1990 году разница между этими показателями была весьма значимой - 67,5 и 32,5% соответственно.

На региональном уровне изменения в структуре причин младенческой смертности оказались еще более существенными. С 1990 по 2005 год удельный вес основных экзогенных причин упал в области от 63,4% до 54, %. В то же время основные эндогенные причины соответственно выросли с 36,6% до 45,5%.

Несмотря на значительное сокращение удельного веса экзогенных причин младенческой смертности, они сохранили решающее значение в структуре показателя [9].

В Южном регионе отмечается особенности сезонных колебаний смертности детей на 1-ом году жизни.

Если в республике младенческая смертность несколько выше в июле, августе, январе и феврале, то в Южно-Казахстанской области пик показателя приходится на июнь, июль, август и сентябрь. Поэтому это обстоятельство требует внимательного отношения к летнему пику смертности младенцев. Успех в деле ее снижения будет зависеть от того, насколько эффективными окажутся меры против сезонных вспышек кишечных инфекций в регионе.

Наряду с этим, в XXI веке загрязнение внешней среды и кризис экологии, наблюдающиеся во всем мире, имеют в настоящее время тенденцию к нарастанию. Экологически неблагоприятная среда оказывает непосредственное воздействие на здоровье детей. Отмечается рост экологически-обусловленных заболеваний, таких как астма, острые респираторные инфекции, диарея, перинатальные заболевания, врожденные пороки развития [9,10].

Изучение смертности и заболеваемости детей от 0 до 5 лет в условиях экологически неблагоприятных городов и районов Семипалатинского испытательного полигона, а также в экологически неблагоприятной зоне Приаралья, динамика демографических показателей, в целом, отражала неблагоприятную ситуацию в отношении здоровья детского населения, обусловленную неустойчивыми показателями младенческой смертности (15,2‰-23,6‰), ростом общей смертности населения (13‰-14,6‰). В стране последний указатель имеет относительно стабильный уровень (10,0-10,4‰).

Основными причинами младенческой смертности являются состояния, возникающие в перинатальном периоде (60,4 %). Второе место в структуре младенческой смертности занимают врожденные патологии, что свидетельствует о недостаточном уровне проводимой ранней диагностики (скрининги беременных на предмет выявления врожденных патологий), нездоровом образе жизни родителей и неблагоприятной экологической ситуации в ряде регионов республики.

Анализ данных за 2007 - 2009 годы показал, что смертность детей до 1 года от респираторных заболеваний и пневмоний занимает 3 место среди всех причин смерти, от инфекционных заболеваний - 1 место. В 2008 году в Республике Казахстан зарегистрировано 33774 случая заболевания пневмонией детей в возрасте до 5 лет. Общая численность случаев смерти детей до 5 лет в 2008 году составила 8225 детей, от пневмонии умерло около 1,5 тыс. детей.

В настоящее время самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием от пневмококковой инфекции, известным в современной медицине, является вакцинация. Внедрение в календарь профилактических прививок республики вакцинации против пневмококковой инфекции детям с 2-месячного возраста позволит добиться существенно снижения заболеваемости пневмонией детей до 5 лет на 50 %, смертности - на 20 % [2,11].

Исходя из выше изложенного, ведущими направлениями организационной работы по снижению младенческой смертности должны стать развитие и внедрение современных технологий профилактики младенческой

смертности для учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, внедрение современных форм деятельности детских амбулаторно-поликлинических учреждений, направленность на снижение досу-

точной летальности, детей в стационаре и вне стационара. Создание перинатальных центров, пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней, развитие неонатальной хирургии.

ВЫВОДЫ

Анализ структуры причин младенческой смертности характеризует неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья младенцев первого года жизни, в структуре причин в РК все десять лет I место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде,

врожденные пороки развития. Что нельзя сказать о заболеваниях органов дыхания, где показатели значительно снизились, но продолжает занимать третье место за счет высоких показателей смертности в таких областях, как ЮКО, Акмолинская, Кызылординская, Мангыстауская.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послание президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу 28.01.2011г. «Новое десятилетие – Новый экономический подъем - Новые возможности Казахстана».
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы.
3. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006, 2007, 2009, 2012 – 548 с., 392 с., 637 с.
4. О проблемах глобальной стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех в XXI веке // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2002.-№4 (28) .-С.23-25.
5. Рахматуллин Э.В. Медико-социальные аспекты рождаемости и репродуктивного поведения женщин в муниципальном районе: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - М., 2008. - 152 с.
6. Бектурган К. Граммовый гражданин Казахстана // доклад на портале VOX POPULI. - 2012.
7. Нуртазаева С.Н. Медико-социальное исследование детской инвалидности и обоснование критериев социальной недостаточности // автореферат.2008.-С.11-18.
8. Ваганов Н.Н. Охрана здоровья женщин и детей в современных условиях//Медико организационные проблемы охраны материнства и детства. Сборник статей. – 2001. – С. 129-132, 136-142.
9. Баранов А.А. Детские инфекции как причина младенческой и детской смертности //Педиатрия.- 1991.-№6.- С.5-9.
10. Богданович Н.С., Ванилович И.А. Здоровье матери и ребёнка: информ.-аналит. материалы. - М.: ЮНИПАК, 2002. - 16 с.
11. Исаев Д.С., Надирова К.И. Резервы снижения младенческой смертности и пути их реализации // Педиатрия.- 1998.- №1.- С.38-40.
12. Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике/ С.И. Игисинов// Здравоохранение Казахстана. 1974.-№2.-С.69-71