

КАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ атындағы ҚАЗАҚ, ҰЛТТЫҚ,
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Х. ДОСМҰХАМЕДОВ АТЫНДАҒЫ ЦОҒАМДЫҚ;
ДЕНСАУАЫҚ, САҚ.ТАУ МЕКТЕБІ

**«КОҒАМДЫҚ; ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ
ДЕНСАУАЫҚ; САҚТАУДЫҚ
ОЗЕКТІМӘСЕЛЕЛЕРІ»**

**Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция материалдарының
ЖИНАҒЫ**

СБОРНИК

**материалов Международной научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

Алматы 2012 жыл

В блоке вопросов относительно источников информации нам было интересно выявить степень доверия жителей к ним и их эффективность. Анализ данных опроса, показал, что в большинство женщин доверяет медработникам (74,9%). С существенным отставанием далее следуют телепрограммы (41,6%), плакаты в лечебных учреждениях (32,2%), школы (19,6%), журналы 26,12%), газеты (17,1%).

На вопрос: «Может ли постоянное потребление йодированной соли устранить йододефицит в организме?» - 12,9% опрошенных подростков ответили, что не может, большинство респондентов 44,3%) ответили, что не знают и оставшиеся 42,8% опрошенных высказали свое согласие. Информацию по данной проблеме подростки получали из газетных материалов, телевидения и радио (36,3%), из плакатов в лечебных учреждениях (24,2%) и других источников (39,5%). Кроме того выявлено, что большинство опрошенных подростков получают информацию от родителей или от учителей.

Выводы

Данные исследования показали необходимость возобновления и периодического проведения коммуникационной работы по образованию населения по вопросам профилактики ИДС, с обязательным участием всех слоев населения, а также неправительственных организаций на постоянной и целенаправленной основе.

Литература:

1. Bruno de Benoist, Erin McLean, Maria Anders son, and Lisa Rogers. Iodine deficiency in 2007: Global progress since 2003. Food and Nutrition Bulletin, vol. 29, no. 3 195-202 2008,
2. Iodine status worldwide. WHO Global Database on Iodine Deficiency. - Department of Nutrition for Health and Development. WorldHealthOrganization. - Geneva, 2004. - 48 p.
3. Закон РК «О профилактике йододефицитных заболеваний». Астана, 14/10/2003, №489-III ЗРК.
4. Изучение уровня знаний и навыков по проблеме йододефицита среди населения и медицинских работников Республики Казахстан.// Отчет НЦПФЗОЖ и ЮНИСЕФ, Алматы, 2002, - 89с.

ИСХОДЫ РОДОВ НА ДОМУ

Василевский М.Г., Ибраимова Д.Д., Садамкулова К.И.

Научно-профилактическое объединение «Профилактическая медицина» Министерства
здравоохранения Кыргызской Республики Кыргызская государственная медицинская академия имени
И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

РЕЗЮМЕ

В статье проведен анализ домашних родов, обусловленных недоступностью услуг здравоохранения. Роды в домашних условиях не представляют высокой опасности, тогда как транспортировка женщин в роды повышает мертворождаемость. Высокий уровень младенческой смертности зависит не от места родов, а от организации и качества оказания медицинских услуг.

Ключевые слова: роды, ранняя неонатальная смертность, мертворождаемость, младенческая смертность.

*O UTCOMES OF BIRTHS AT HOME Vasilevsky M. G., Ibraimova D.D., Sadamkulova K. I.
Scientific-production center «Preventive medicine» Ministry of Health of the Kyrgyz Republic I K. Akhunbaev
Kyrgyz state medical academy
Bishkek*

RESUME

In article the analysis of house births of public health services caused by inaccessibility is carried out. Births in house conditions do not represent high danger whereas transportation of women in births raises

35

stillborn. High level of infant mortality rate depends not on a place of births, and from the organization and quality of rendering of medical services.

Key words: birth, early neonatal mortality rate, stillborn, infant mortality rate.

До середины 1950 годов домашние роды были в Европе обычным явлением. Однако к этому времени у специалистов по охране материнства и детства сложилось убеждение, что роды на дому опасны и не так надежны, как в клиниках. Политики большинства стран Европы прислушались к мнению специалистов и роды в домашней обстановке прекратились, а в клиниках стало появляться более современное оборудование. Тогда как в ряде других стран господствует мнение, что роды в домашней обстановке предотвращают ненужное вмешательство со стороны медицины, которое может только увеличить риск для матери и для плода. Нидерланды продолжают занимать лидирующее положение по деторождению в домашней обстановке [Шриийверс А.Й.П., 1998]. В Кыргызской

Республике господствует установка на родоразрешение в родильных домах, но в ряде случаев роды происходят в домашних условиях, поэтому мы решили рассмотреть причины домашних родов и их исходы для новорожденных.

Материалы и метода исследования. Данные о частоте домашних родов заимствованы из отчетов ЦСМ (форма №12), в которых также содержится информация о живорожденных и мертворожденных, ранней и поздней неонатальной летальности с подразделением по массе тела детей при рождении. Статистическая обработка материалов производилась по общепринятым методам санитарной статистики, изложенных в руководстве Меркова А.М. и Полякова Я.Т.Е. [1974].

Результаты и обсуждения. В Кыргызской Республике ежегодно рожают на дому от 334 до 968 беременных женщин, что составляет в среднем 0,5% к общему числу родов. В динамике прослеживается тенденция снижения родов на дому (табл.1).

Таблица 1. Родовспоможение на дому (Кыргызская Республика)

Годы наблюдения	Абс. число родов	из них роды на дому		в том числе без последующей госпитализации	
		абс. число	%	абс. число	%
2003	100735	678	0,7	270	39,8
2004	106871	672	0,6	436	64,9
2005	109839	968	0,9	595	61,5
2006	120737	506	0,4	304	60,1
2007	123251	613	0,5	362	59,1
2008	127332	515	0,4	286	55,5
2009	135494	334	0,2	212	63,5
Итог	824259	4286	0,5	2465	57,5
Усредн.	117751,3	612,3	0,5	352,1	57,5

Так, удельный вес домашних родов в 2003 г. составлял 0,7%, а в 2009 г. - 0,2%. Количество домашних родов без последующей госпитализации составляет в среднем 57,5% и в динамике не снижается. Столь высокий процент домашних родов без последующей госпитализации свидетельствует, что определенная часть населения не имеет доступа к услугам здравоохранения. Надо отметить, что доля такого населения сокращается (табл. 2), но в ряде областей доля населения, не имеющего доступа к услугам здравоохранения, остается высокой, в Ошской области для 7,3% населения, в Чуйской области - для 4,4%.

Таблица 2. Доля населения, не имеющего доступ к услугам здравоохранения по областям

Наименование региона	Г оды наблюдения				
	2005	2006	2007	2008	2009
Кыргызская Республика	6,5	5,6	9,3	2,7	2,8
Баткенская область	4,0	4,3	4,3	1,4	0,8
Джалал-Абадская область	2,2	2,1	5,4	1,7	0,5
Иссык-Кульская область	6,4	5,2	6,8	0,4	0,4
Нарынская область	2,8	1,3	4,3	1,7	1,7
Ошская область	4,8	5,1	14,7	2,6	7,3
Таласская область	10,0	4,5	6,1	1,0	1,6
Чуйская область	17,4	12,1	12,0	4,4	4,4
г. Бишкек	6,1	7,3	5,8	5,4	0,4

Источник: Стат. сбор. Здоровье населения и здравоохранение в КР-2005-2009, Нац. статком. КР.- Бишкек.- 2010, стр.279

Сопоставительный анализ детей по весу (табл.3) показал, что в числе детей, родившихся на дому, удельный вес маловесных детей ниже, чем в целом по родильным домам, а удельный вес детей весом 2500 и более на 5,2% выше (98,7%), чем в родильных домах (93,5%). Из этих данных следует, что у большинства беременных роды начались в срок, но произошли в домашних условиях из-за недоступности услуг здравоохранения.

Таблица 3. Число родившихся детей с массой тела

Вес ребенка при рождении	По данным роддомов		Роды на дому	
	абс. число	структура	абс. число	структура
500-900	1052	0,7	1	0,05
1000-1499	1215	0,9	3	0,15
1500-2450	6809	4,9	22	1,1
2500 и более	130343	93,5	1943	98,7
всего	139419	100,0	1968	100,0

Оценка состояния новорожденных показала, что мертворождаемость при родовспоможении на дому в 3,1 раза ниже (4,5 ‰), чем в стационарах (13,8‰), С 2007 г. нам удалось получить данные о так называемых «Родах в пути», при которых показатель мертворождаемости выше, чем при родах на дому (табл.4).

Таблица 4. Мертворождаемость при родовспоможении на дому

Годы наблюдения	Место родов								
	в стационаре			на дому			в пути		
	абс. число родов	из них родилось мертвыми *		абс. число родов	из них родилось мертвыми		абс. число родов	из них родилось мертвыми	
		абс. число	на 1000 родившихся		абс. число	на 1000 родившихся		абс. число	на 1000 родившихся
2003	100735	1568	15,5	678	4	6,3	-	-	-
2004	106871	1446	13,6	672	4	6,2	-	-	-
2005	107530	1587	14,5	968	6	6,1	-	-	-
2006	108740	1598	14,7	506	3	5,9	-	-	-
2007	119593	1758	14,7	613	0	0,0	1313	8	6,1
2008	127780	1674	13,1	515	2	3,9	1470	10	6,8
2009	135005	1715	12,7	334	0	0,0	1710	10	5,9
сумма	824259	11346	13,8	4286	19	4,5	4493	28	6,3
У сред	117751	1621	13,8	612,3	2,8	4,5	1498	9,4	6,3

Примечание*. Показатель мертворождаемости рассчитывался на 1000 детей родившихся живыми и мертвыми.

Мертворождаемость в стационарах объясняется тем, что в стационарах концентрируются женщины с осложненной беременностью и родами, а повышение мертворождаемости при «Родах в пути» обусловлено условиями транспортировки.

Число мертворожденных снижается по мере повышения веса ребенка при рождении (рис. 1). Число родов с весом детей 500-999 г. минимально, но уровень мертворождаемости самый высокий. В группе детей весом 1000-1499 г. удельный вес мертворожденных составил 33,3%, в группе весом 1500-2499 г. - 4,5% и весом 2500 и более - 0,1%. Такое же соотношение мертворожденных по весу наблюдается и в родильных домах.



Рис.1 Мертворождаемость по группам детей с различным весом при рождении

Показатели ранней неонатальной смертности (в первые 6 суток при родах на дому) при данном числе наблюдений (1968 живорожденных) практически не отличаются от таковых родильных домов, в которых наметилась тенденция к снижению ранней неонатальной смертности (табл.5). Так, если в 2006 г. показатель ранней неонатальной смертности (в первые 6 суток жизни) составлял 20‰, то в 2009 г. сократился до 16,9‰.

Таблица 5

Показатели ранней неонатальной смертности (в первые 6 суток жизни)

Годы наблюдения	Место смерти			
	Число умерших впервые 6 суток на 1000 живорожденных	абс. число родившихся живыми	Роды на дому	
			из них умерло в первые 6 суток	
			абс. число	на 1000 живорожденных
2006	20,0	503	12	23,9
2007	20,0	613	5	8,2
2008	18,0	513	12	23,4
2009	16,9	331	5	15,1
Усред.	18,7	490	8,5	17,3

Примечание *. Показатель мертворождаемости рассчитывался на 1000 родившихся детей живыми и мертвыми.

Проведенные исследования показали, что в республике роды на дому явление редкое и обусловлены они природно-географическими, транспортными и организационными моментами. Роды в домашней обстановке являются безопасными, тогда как «Роды в пути» для плода и матери представляют более высокий риск, в частности, число мертворождений выше, чем при родах в домашней обстановке, поэтому начавшиеся роды целесообразно закончить в домашних условиях, а затем при необходимости транспортировать в роддом.

Важно, чтобы женщины получали квалифицированную помощь при родах в домашней обстановке и на протяжении первых 6 суток после родов. В странах дальнего зарубежья это осуществляют специально обученные медсестры. В их задачи входит измерение кровяного давления, температуры, наблюдение за ходом инволюции матки в нормальное состояние, помощь в кормлении ребенка и в уходе за ним. Иногда медсестры помогают присматривать за другими детьми в доме.

Научно не доказано, что для женщин с беременностью без осложнений больница - более безопасное место для родов, чем ее собственный дом [Peter F. Schienzka, 1999]. Более того установлено, что акушерки, принимающие непатологические роды в клиниках, чаще сталкиваются с осложнениями, чем в тех случаях, когда такие же роды принимаются на дому [Wiegiers G. Berghs, 1994]

В заключение отметим, что начиная с 2001 г. в республике наблюдается невысокий, но устойчивый рост рождаемости, по итогам 2009г. рождаемость составила 28,2 на 1000 населения, но младенческая смертность остается высокой - 2007 г. - 30,6‰, 2008 г. - 27,1 ‰, 2009 г. - 25,0‰. Для сравнения в Швейцарии - 4,5‰, где роды, проходят преимущественно в стационарах, в Нидерландах - 5‰, где роды в основном проводят в домашней обстановке. Из этих данных следует, что опасность родов зависит не от места родов, а от организации и качества оказания медицинских услуг, что нашло подтверждение и в наших исследованиях.

Литература

1. Виссер Г.Х.А. Голландская система деторождения: реликт и пример //В кн.; Здоровье и здравоохранение в Нидерландах. Под редакцией А.Й.П. Уришиерса.- изд.Сфера, 1998.- С114-121.
2. Мерков А.М. и Поляков Л.Е. Санитарная статистика, Ленинград «Медицина». - 1974. - 384 с.
3. Шриийверс А.И.П. Здоровье и здравоохранение в Нидерландах. изд.Сфера,1998.- 324 с.
4. Peter F. Schienzka. "Safety of Alternative Approaches to Childbirth." Stanford University, March 1999.
5. Wiegiers G. Berghs. De keuze de plaats van behallen («Где рожать?»). In Tijdschr Verlosk. 1994. - pp.398-400.

“Е” ТАҒАМДЫҚ ЦОСПАЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҚ АДАМ ДЕНСАУЛЫГЫНА ЗИЯНДЫ

ЭСЕРІН БАҒАЛАУ

Джапаров А.И., Мадалиходжаев Р.С., Телегенова А.А.

МКТУ, Шымкент қаласы

Ауру - ас тан!

Халық маңалы

Азық-түлік сатып алған кезде ешкімнің тауар қаулақшасындағы (этикетка) синтетикалық заттар туралы машиетке мәнкіят назар салған жен. Егер тамақтың тауар қаулақшасында **ҚҰР**нда «Е» деген деген зат бар деп керсетіше, онда ешкімге азықтық қоспалар, химиялық; дәмдепшітер, жасанды бояу қосылды деген сез. Олар ешкімді бәзілудан сактайтын қушті реагенттер.

Дәмдепші ею түрге белшедіг жасанды және табиғи. вделген азық-түліж ошкімдерше жасанды дәмдепші табиғи дәм бередіг Блардың бсрі химиялық жолмен алынаындыққан мндай қоспаларға ете сакгыщпен қдрау керек.

Химиялық азықтың қоспалармен сауда жасайтын компаниялардың ез жарнамаларынан мынадай усыныстарды кептеп кездестіруге болады:«Біздің ошкімдеріміз бизнесдің алға шгершеуше

39

УДК 614

ББК 51.1

Ғ 96

«Қоғамдық, денсаулық, және денсаулық, сак,таудың езекті мәселелері» атты халық,аралық, ғылымы - тожірік конференция материалдарының ЖИНАҒЫ

- Алматы, 19 қауір 2012 ж., С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ СБОРНИК

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» материалы международной научно-практической конференции

- Алматы, 19 апреля 2012 года. КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова

ISBN 978-601-246-248-7

Сборник содержит работы специалистов в области организации и управления здравоохране- нияб сотрудииков науки, образования и практического здравоохранения Республики Казахстан.

Редакционная коллегия

Проф.Аканов А.А., проф. Мирзабеков О.М., профДуйсекеев А.Д., проф.Түлебаев К.А., д.м.н., Турдалиева Б.С., к.м.н., Аимбетова Г.Е., Рамазанова М.А., Тен В.Б.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
2012г.

