

ЮНИСЕФ - Таджикистан
Дайджест публикаций по
исследованиям детей №4



Младенческая Смертность в Таджикистане:
Два исследования по анализу факторов риска



Уровень младенческой смертности в стране является настолько фундаментальным показателем, что его часто используют в качестве моментального снимка состояния развития государства. Если общество не в состоянии обеспечить основополагающее право ребенка на выживание, маловероятно, что оно должным образом обеспечит право ребенка на преуспевание в будущем. Этот индикатор настолько важен, что сокращение детской смертности является одной из восьми Целей Развития Тысячелетия ООН.

В Таджикистане уровень смертности младенцев (до одного года) и детей до пяти лет (еще один первостепенный индикатор) очень высок. Данные из разных источников разнятся, однако, очевидно, что смертность среди младенцев высока и, что большинство этих случаев, в конечном счете, поддается предотвращению. ЮНИСЕФ оказал поддержку в проведении двух исследований для анализа уровня младенческой смертности и факторов риска, этот уровень обуславливающих.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

1 Было подтверждено, что уровень младенческой смертности очень высок в четырех обследованных регионах. В Согдийской области и районах республиканского подчинения (РРП) уровень младенческой смертности (УМР) за период 1998-2002гг. в среднем составил 58 смертей на 1 000 живорожденных детей. В Хатлонской области и столице, городе Душанбе, этот уровень в 2000г. составил 86 смертей на 1000 живорожденных детей, а в 2001 - 103 смерти на 1000 живорожденных детей. Эти тревожные показатели подчеркивают потребность в безотлагательном изучении и устранении факторов, которые являются причиной или сопутствуют смертности.

2 Уровень детской смертности выше в сельских районах. Это было отмечено во всех четырех исследованных регионах. Наиболее явственные факторы неонатальной смертности (смертность в течение первых четырех недель жизни) включают в себя: проживание в сельской местности; весьма ограниченный доступ к медицинским услугам, частично связанный со стоимостью проезда и состоянием дорог; однако роды проходили в больнице и там же регистрировались случаи смерти. Для сравнения, наиболее распространенными факторами постнеонатальной смертности (в возрасте от одного месяца до года) являются: проживание в городской местности и роды и смерть младенцев на дому.

3 Основные причины неонатальной смертности являются единообразными повсеместно - это сочетание преждевременных родов с низкой массой тела при рождении. Основной причиной постнеонатальной смертности в Хатлоне и Душанбе были инфекционные заболевания, вслед за которыми развивалась острая анемия или острое нарушение питания. В Согдийской области и РРП основными причинами стали острая диарея и плохое питание.

4 Наиболее показательным результатом двух проведенных исследований явились действия, которые предпринимались для оказания помощи ребенку, у которого проявлялись признаки

заболевания. Например, решение об обращении за медицинской помощью принималось не родителями единолично, а с участием и других родственников. Также определенное влияние на ситуацию оказывают и такие факторы как неспособность распознать тяжесть заболевания младенца, отсутствие денег или транспорта для доступа к медицинским услугам.

5 Эти свидетельства приводят к выводу о том, что большинство младенческих смертей в Таджикистане вполне можно предотвратить, решив проблему неудовлетворительного ухода в период беременности, плохих условий родоразрешения и распространенности инфекционных заболеваний.

МЕТОДИКА

Было проведено два исследования, каждое из которых охватывало два региона страны. Исследование в 2002г. проводилось в Согдийской области и РРП, а исследование 2003г. - в Хатлонской области и столице, г. Душанбе. Исследования проводились при совместной поддержке Министерства Здравоохранения, ЮНИСЕФ и Итальянского Национального Института Здоровья (Istituto Superiore di Sanit). В рамках исследований использовалась анкета, основанная на стандартах устной аутопсии ВОЗ, и содержащая ряд полуструктурированных вопросов. Метод устной аутопсии является полезным инструментом в случаях, когда существуют противоречивые данные об уровнях младенческой и материнской смертности. Он заключается в проведении бесед с людьми, которые знают о событиях, приведших к смерти. Затем эта информация изучается специалистами и используется для установления причин смерти. Еще одна анкета использовалась для сбора информации о социально-экономическом положении домохозяйств, количестве живорождений, количестве детей, умерших не дожив до года или до пятилетнего возраста и, наконец, о практиках, применяемых матерями во время беременности.

Исследование по Согдийской области и РРП охватило всего 2 036 домохозяйств из 2 040, отобранных для проведения обследования. Оно показало, что в 75 домохозяйствах были случаи детской смертности в период с 2000 по 2001гг. В рамках обследования по Хатлону и г. Душанбе было охвачено 5 113 домохозяйств из 5 158, выбранных для проведения обследования. Большинство респондентов говорило на таджикском языке (81.8% в первом исследовании и 79.1% во втором), следующими по численности были узбекоязычные и русскоязычные респонденты.

УРОВЕНЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В Хатлонской области и городе Душанбе, этот уровень в 2000г. составил 86 смертей на 1000 живорожденных детей, а в 2001 - 103 смерти на 1000 живорожденных детей. Неонатальная смертность по оценкам составила 31 случай на 1000 живорожденных детей, а постнеонатальная смертность составила 54.5% и 71.7% на 1000 живорожденных детей в 2000 и 2001гг. соответственно. Большинство (70.8%) случаев неонатальной смертности имели место в течение первой недели жизни (ранняя неонатальная смертность). Исследование по Согдийской области и РРП показало, что уровень младенческой смертности в период 1998-2002гг. составил 58 смертей на 1000 живорожденных детей, причем 27% смертей произошло в первые семь дней жизни; 15% имели место в поздний неонатальный период - между 8-м и 28-м днями жизни; и 58% произошли в постнеонатальный период в возрасте от одного месяца до года. Оба исследования показали, что уровень младенческой смертности в сельской местности выше, чем в городских районах.

ПРИЧИНЫ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Неонатальная смертность (с 1 по 28 день жизни)

Два проведенных исследования показали, что основной причиной смертности в неонатальный период в обоих районах исследования явилось сочетание преждевременных родов с низкой массой тела при рождении (таблицы 1а и 1б). На эту причину пришлось 32.2% случаев неонатальной смертности по результатам исследования в Хатлоне и Душанбе и 43.3% - в Согдийской области и РРП. Было очевидно, что основной причиной младенческой смертности было ненадлежащее управление материнским уходом. В рамках исследования по Согдийской области и РРП на ненадлежащий материнский уход пришлось 76.4% смертей.

Таблица 1а: Причины неонатальной смертности, Хатлон и Душанбе

Причины смертности	Кол-во	Взвешенное кол-во	Взвешенный %
Преждевременные роды, низкая масса тела при рождении	13	787	32,2
Пневмония	8	517	21,2
Врожденный порок развития	5	309	12,7
Асфиксия плода при рождении	3	209	8,6
Менингит, энцефалит	3	209	8,6
Местная бактериальная инфекция	1	70	2,9
Родовая травма	1	70	2,9
Любой вид диареи	1	70	2,9
Не определена	4	200	8,2
Итого	39	2,441	100,0

Таблица 1б: Причины неонатальной смертности, Согдийская область и РРП

Причины смертности	Кол-во	Взвешенное кол-во	Взвешенный %
Преждевременные роды, низкая масса тела при рождении	14	389	43,5
Асфиксия плода при рождении	11	294	32,9
Острая диарея	3	106	11,9
Пневмония	4	54	6,0
Врожденный порок развития	1	47	5,3
Менингит, энцефалит	1	4	0,4
Итого	34	894	100,0



Постнеонатальная смертность (в возрасте от 1 месяца до года)

В отличие от неонатальной смертности причины постнеонатальной смертности различались в зависимости от региона обследования. Основной причиной в рамках исследования по Хатлону и Душанбе были инфекционные заболевания, на долю которых приходилось 70.3% случаев постнеонатальной смертности. Следующими по распространенности были острая анемия и острое нарушение питания. В рамках исследования по Согдийской области и РРП основными причинами постнеонатальной смертности были острая диарея и недостаточность питания.

Таблица 2 а: Причины постнеонатальной смертности, Хатлонская область и Душанбе

Причины смертности	Кол-во	Взвешенное кол-во	Взвешенный %
Менингит, энцефалит	36	2 151	20,1
Острая диарея	29	1,821	17,0
Острое нарушение питания	28	1 712	16,0
Пневмония	25	1 543	14,4
Острая анемия	25	1,348	12,6
Бактериемия, сепсис	18	1,056	9,9
Корь	18	1,056	9,9
Итого	179	10,687	1000,0

Таблица 2б: Причины постнеонатальной смертности, Согдийская область и РРП

Причины смертности	Кол-во	Взвешенное кол-во	Взвешенный %
Острая диарея	12	427	24,7
Острое или умеренное нарушение питания	14	423	24,5
Менингит, энцефалит	12	279	16,1
Пневмония	12	279	16,1
Острая анемия	9	257	14,9
Травма	2	60	3,5
Бактериемия, сепсис	1	4	0,2
Итого	62	1 729	100,0

ФАКТОРЫ РИСКА, СВЯЗАННЫЕ С МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ

Исследования выявили ряд важных факторов риска, связанных с младенческой смертностью - место проживания, образование и наличие работы у родителей, родной язык, близость к медицинским учреждениям и пол младенца. Кроме того, комбинация этих факторов была различной в отношении неонатальной и постнеонатальной смертности; различия также были выявлены и между двумя районами исследования.

Исследование по Хатлону и г.Душанбе

В рамках исследования по Хатлонской области и г.Душанбе, наибольший уровень неонатальной смертности был отмечен в домохозяйствах: расположенных в сельских районах; находящихся в более чем 30 минутах пути от ближайшего медицинского учреждения, родным языком в которых был узбекский. Как правило, роды и летальные случаи имели место в больнице. Наибольший уровень постнеонатальной смертности был отмечен в домохозяйствах: расположенных в городских районах; вблизи от медицинских учреждений; родным языком в которых был таджикский. Как правило, роды и летальные случаи имели место на дому.

Исследование также выявило, что фактор пола также был связан с младенческой смертностью. В целом, вероятность смерти была выше у младенцев мужского пола. В частности, вероятность смерти

для мальчиков была выше в течение первого месяца жизни, тогда как для девочек она была выше в постнеонатальный период.

С точки зрения характеристик семьи, исследование выявило, что возраст матери при рождении не играл решающей роли. Однако в рамках исследования было установлено, что случаи младенческой смертности чаще всего отмечались у матерей, у которых до этого было более одной беременности. В этих случаях матери чаще всего имели оконченное среднее образование, тогда как в случаях постнеонатальной смертности матери чаще всего были молодыми и имели только начальное образование. В то же время, отцы младенцев, умерших в неонатальный период, чаще всего были молодыми, имели оконченное начальное образование и были трудоустроены; а отцы, чьи дети умерли в постнеонатальный период, чаще всего имели оконченное среднее или высшее образование и были безработными.

Исследование по Согдийской области и РРП

Исследование выявило несколько черт наиболее характерных для случаев младенческой смертности. Семьи чаще проживали в сельских районах, но менее чем в 30 минутах пути от медицинского учреждения. Как правило роды происходили на дому, при помощи не обученного персонала и использовалась вода из рек или озер. Треть матерей умерших младенцев не получали медицинского ухода в период беременности. Большинство матерей были старше 30 лет, ранее имели более трех беременностей и были безработными. Большинство отцов были трудоустроены, но имели лишь начальное образование или не имели формального образования вообще. Как и в исследовании по Хатлону и г.Душанбе, младенческая смертность была выше среди мальчиков.

Обращение за помощью со стороны

Как правило, приняв решение искать помощи со стороны, люди обращались к специалистам-медикам. В Хатлонской области и г.Душанбе двое из каждых трех респондентов обращались за помощью к специалистам-медикам и не прибегали к услугам традиционных целителей. Исследование по Согдийской области и РРП выявило, что в большинстве случаев население обращается в больницы.

Исследование по Хатлону и Душанбе показало, что из 75 человек, ухаживавших за впоследствии умершим ребенком, за внешней помощью обращалось 58 человек (77%). Исследование по Согдийской области и РРП выявило, что за внешней помощью обращались в 32 случаях из 60 зарегистрированных случаев младенческой смертности (53%). Основной причиной обращения за помощью было ухудшение состояния ребенка. Наиболее поразительные результаты относятся к сведениям о том, кто принимает решение обратиться за помощью извне. Как правило, это решение принималось не одним лицом, действующим независимо (например, одним из родителей), а скорее по коллективному указанию близких родственников, особенно матерей и бабушек родителей.

Респонденты в Хатлонской области и г.Душанбе рассказали, что их ребенок был немедленно осмотрен и для лечения назначались лекарства, однако период лечения был долгим и не принес существенных результатов. Респонденты, как правило, давали положительную оценку медицинским работникам, которые лечили их детей, говоря, что они действовали профессионально и компетентно. Некоторые респонденты были не удовлетворены качеством полученной медицинской помощи. Они заявили, что врач был неопытным, не мог определить причину болезни их детей или назначить правильное лечение. Респонденты говорили, что им пришлось полагаться на неопытных местных медицинских работников, поскольку они не в состоянии были оплатить дорогу в медицинские учреждения в городах, располагающих лучшими возможностями.

Решение родителей не обращаться за посторонней помощью для их ребенка объяснялось многими факторами. В рамках обоих исследований было выявлено, что такие родители не смогли распознать тяжесть заболевания своего ребенка. Однако, наряду с этим, решающим фактором также являлось отсутствие денег, транспорта и легкого доступа в больницу. Оба исследования показали, что наличие финансовых ресурсов в семье является существенным фактором. Было выяснено, что в сельских районах Согдийской области и РРП отсутствие денежных средств явилось одним из факторов, которые не позволили детям получить необходимое лечение.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Исследование по Хатлонской области и г.Душанбе выявило девять случаев материнской смертности, тогда как в исследовании по Согдийской области и РРП было отмечено 4 таких случая. В девяти случаях в Хатлонской области и г.Душанбе большинство смертей имели место в сельской местности - три матери умерли дома и шесть - в больнице. Матери, умершие в больнице, осматривались медицинскими работниками-специалистами, но они либо прибывали слишком поздно, либо лечение было слишком сложным, либо отсутствовали необходимые медикаменты. Тем не менее, большинство этих смертей вполне можно было предотвратить, что подчеркивает необходимость повышения эффективности охраны здоровья матери.

Исследование по Согдийской области и РРП определило, что все четыре случая материнской смертности стали следствием послеродового кровотечения: две женщины умерли дома и две - по дороге в медицинское учреждение. Одна женщина умерла дома, поскольку снегопад помешал ей добраться до больницы; другая женщина умерла, когда ее перевозили из одного медицинского учреждения в другое; и одна женщина, воспользовавшись общественным транспортом, приехала в медицинский центр, где ей поставили неверный диагноз и отказали в госпитализации. Она умерла по дороге домой.

Выводы

На основе результатов этих двух исследований представители Министерства Здравоохранения разработали перечень ключевых факторов, которые способствуют сохранению высокого уровня младенческой смертности в Таджикистане. Эта группа экспертов признала, что текущая экономическая ситуация в стране является серьезнейшим фактором, имеющим многочисленные последствия: например, общее ухудшение социально-экономического положения, увеличение числа семей с низким уровнем доходов; повышение уровня бедности, и сокращение потенциала системы здравоохранения. Существуют также проблемы, связанные с уровнем профессиональной квалификации медицинского персонала и низкой осведомленностью о медицинском обслуживании беременных и охране здоровья матери.

Родители и лица, осуществляющие уход за детьми, во многих случаях не могли оценить тяжесть болезни младенцев. На родителей также большое влияние оказывают близкие родственники, например свекрови и бабушки, при принятии решения о том, следует ли обращаться за помощью со стороны. Поэтому существует необходимость в проведении кампаний по повышению уровня осведомленности, направленных на родителей и других близких родственников, чтобы улучшить распознавание ранних признаков недомоганий у младенцев и улучшить способность осуществлять своевременные и надлежащие вмешательства.

Необходимо сделать учреждения первичной медико-санитарной помощи более доступными как можно скорее. Это означает сокращение расстояния между семьями и медицинскими учреждениями, например, сокращение или упразднение стоимости транспортировки и/или улучшение первичного медицинского обслуживания на местах. Устранение этих барьеров даст родителям возможность более своевременно обращаться за помощью в лечении заболевших детей, а матерям облегчит доступ к пренатальному и постнатальному медицинскому обслуживанию для себя и своих детей. Эти два исследования выявили негативное воздействие на уровень младенческой смертности неудовлетворительного ухода в период беременности и родов на дому при помощи необученного персонала. Также было очевидно и то, что большинство родителей хотели обратиться за помощью извне для своего ребенка, однако сделать это им мешал неудовлетворительный уровень медицинских учреждений, а также финансовые и транспортные проблемы.

Исследования выявили две основные комбинации причин неонатальной и постнеонатальной смертности. В рамках исследования по Согдийской области и РРП, на факторы, относящиеся к неудовлетворительному уходу в период беременности, пришлось 43.5% всех случаев неонатальной смертности, хотя 77% матерей умерших детей получали определенный уход в период беременности. В рамках исследования по Хатлонской области и Душанбе на факторы, относящиеся к неудовлетворительному уходу в период беременности, пришлось 32% случаев неонатальной смертности.

Результатом проведенных исследований стали четыре основных вывода и рекомендуемые мероприятия для устранения выявленных проблем.

1. Уровень младенческой смертности в обследованных районах был очень высоким. Рекомендуется создать межотраслевую рабочую группу при технической поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ для разработки всеобъемлющей и комплексной стратегии пренатального здоровья, здоровья матери и младенца.

2. Уровень младенческой смертности оказался выше официальных статистических данных по данным районам. Это происходит в результате расхождений в применяемых определениях живорождения, а также в связи с низким уровнем регистрации рождаемости и смертности. На национальном уровне можно получать более точные статистические данные посредством улучшения системы регистрации рождений и смертей и системы отчетности. В Согдийской области и г.Душанбе следует расширить определение живорождения. Укрепить потенциал медицинского персонала на местах по сбору и анализу данных, а также персонала статистических отделов на уровне областей и районов. Повысить уровень осведомленности населения о здоровье в пренатальный и младенческий период посредством инициатив по информированию, уведомлению и образованию.

3. Большинство случаев постнеонатальной смертности, представляющих более половины всех случаев младенческой смертности, являются результатом инфекционных заболеваний. Рекомендуется провести национальный обзор стратегий, на которых основана программа по комплексному ведению болезней детского возраста, а также принять меры по расширению этой программы. Также существует необходимость укрепления механизмов мониторинга и усиления распространения вакцинаций и медикаментов. Кроме того, необходимо разработать национальные инструкции по ведению диарейных заболеваний и пневмонии и обеспечить наличие основных лекарственных средств и солей для пероральной регидратации в отделениях первичной медико-санитарной помощи. На местном уровне соли для пероральной регидратации должны быть легко доступны домохозяйствам. Необходимо обучать население правильному использованию пероральной регидратационной терапии. Центры первичной медико-санитарной помощи также должны иметь устойчивое снабжение основными лекарственными препаратами.

4. Большинство случаев неонатальной смертности связано с неудовлетворительным уходом в период беременности и неудовлетворительными условиями родов, хотя большинство матерей определенный формальный уход получали. Необходимо осуществить ряд мероприятий на национальном уровне, включая дальнейшую пропаганду грудного вскармливания, посредством проведения тренингов для тренеров по грудному вскармливанию, а также обзора национальной политики и стратегии в отношении пропаганды грудного вскармливания. На местном уровне необходимо обеспечить исключительное грудное вскармливание и распространить инициативу “Больница Доброжелательного Отношения к Ребенку” на все родильные учреждения и детские больницы.



Министерство Здравоохранения Таджикистана проводит научные исследования для получения текущей информации о младенческой смертности и трудностях, которые влияют на жизнь младенцев в стране. На настоящий момент было проведено два исследования при финансовой поддержке ЮНИСЕФ и при технической помощи Итальянского Национального Института Здоровья (Istituto Superiore di Sanit). Мы также хотим отметить вклад ниже перечисленных консультантов, участвовавших в осуществлении этих двух исследований: Р. Гуэрра, А. М. Наполетано, Д. Коклайт, Р. Феррелли, А. Маззаккара.