

Рис. 3. Причины детской смертности

Список литературы

1. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире: «Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни». 2002.
2. Каюпова Н.А. Проблемы нереализованного материнства // Репродуктивная медицина. – 2009. – № 1.
3. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 г. – Астана, 2011.
4. Стратегический план МЗ РК на 2009–2011 гг. от 23 декабря 2008 года №1213.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ
ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ВОЗРАСТАМ
В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ**

Куандыкова А.К., Амантай М.А.,
Ерназарова Ш.С., Ибрагимова Д.К.

*Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А. Ясави, Туркестан, Казахстан,
e-mail: kvet_2013@mail.ru*

Актуальность

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

С момента обретения независимости Казахстан достиг значительных успехов в отношении младенческой смертности, снизив ее на 64%: с 45,8 на 1000 живорожденных до 16,7 на 1000 живорожденных в 2012 году. Также в стране на 65% снизилась смертность детей в возрасте до 5 лет: с 54,1 на 1000 живорожденных в 1990 году до 18,7 на 1000 живорожденных в 2012 году.

В 2008 году в Республике Казахстан зарегистрировано 33 774 случая заболевания пневмонией детей в возрасте до 5 лет. Общая численность случаев смерти детей до 5 лет в 2008 году составила 8 225 детей, от пневмоний умерло около 1,5 тыс. Анализ данных за 2007-2009 годы показал, что смертность детей до 1 года от респираторных заболеваний и пневмоний занимает 3 место от всех причин смерти или 1 место – от инфекционных заболеваний.

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. 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.

Показатели внутривидовой смертности

Показатели	2013ж	2014ж
Общее количество смертей	28	33
Общий показатель смертности	0,8	1,0
Из них смертность до 1 года	15	22
Показатель смертности до 1 года	0,9	1,5
Смертность до 5 лет	25	31
Показатель смертности до 5 лет	0,8	0,97
Показатель смертности в течении 1 сутки	13 – 0,4	9 – 0,3
Показатель смертности детей до 1 года в течении 1 сутки	6 – 0,4	5 – 0,3

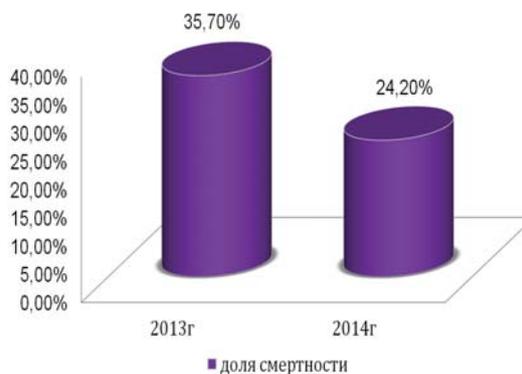


Рис. 1. Доля смертности от инфекционных болезней

Структура младенческой смертности

Наименование	2013г			2014г		
	14 лет	5 лет	До 1 года	14 лет	5 лет	До 1 года
Заболевания органов дыхательной системы	4	3	2	1	2	
Врожденные пороки органов дыхательной системы						3
Тромб.пурпура					1	
ВПС, Кардиомиопатия	6	6	4			4
ВУИ, сепсис	3	3	3		2	4
ОНМК	2	2	1		2	6
Паражение ЦНС						
Лейкоз				1		
Менингоэнцефалопатия						1
Острый гастроэнтерит	3	2	2			
Вирусный энцефалит	4	3	1		1	
ВПР ЦНС					1	
Аспирационный синдром	1	1	1			
Ишемия мозга	1	1	1			
Злокачественное новообразование	1	1				
Пневмонит, вызванный пищевыми и рвотными массами	3	3				1
Некротический энтероколит						2
Отравление хромом						1
Итого	28	25	15	2	9	22

Мероприятия выполненные для снижения показателей смертности детей

• В отделении №1 имеется кабинет “Молодые мамы”, где проводится обучение по уходу ребенка, тренинги.

• В течение 2014 года в данном кабинете прошли обучение 2452 матери по программе ИВБДВ предложенный ВОЗ.

• По программе ИВБДВ для стационара каждый четверг проводятся

• Разбор умерших больных производится в течение первых 3х суток.

• Ежемесячно среди врачей обсуждаются протоколы заседания совета проблемы национального здравоохранения снижение детской и материнской смертности при акимате ЮКО и делаются выводы.

Анализ внутрибольничной смертности в зависимости от срока поступления и месяцам

	2013г				2014г			
	Всего до 15лет	До 1 года	До 5 лет	От 5 до 15 лет	Всего до 15лет	До 1 года	До 5 лет	От 5 до 15 лет
Смерть в течении 1 сутки	13	7	12	1	9	5	3	1
Смерть в течении 1-3 суток	3	2	3		12	9	2	1
Смерть в течении 3-10 суток	6	3	5	1	5	3	2	
Смерть в течении более 10 суток	6	3	5	1	7	5	2	
Всего	28	15	25	3	33	2	9	2
Анализ смертности по месяцам								
Январь	2	2	2	-	4	4		
Февраль	2	1	2	-	3		3	
Март	4	1	2	2	2	2		
Апрель	1	-	1	-	1	1		
Май	1	-	-	1	4	3	1	
Июнь	-	-	-	-	2	1	1	
Июль	4	1	4	-	1	1		
Август	4	2	4	-	6	3	2	1
Сентябрь	1	1	1	-	2	1	1	
Октябрь	3	2	3	-	1	1		
Ноябрь	3	2	3		4	3	1	
Декабрь	3	3	3		3	2		1
Всего	28	15	25	3	33	22	9	2

Выводы

1. Смертность детей до 1 года в 2014г повысилась на 13,1%;
2. Смертность детей с 1 года до 5 лет снизилась на 8,4%;
3. Смертность детей с 5 до 14 лет снизилась на 4,4%;
4. Наблюдается положительная динамика показателей смертности от инфекционных болезней: 2013г – 35,7% (от общей детской смертности), 2014г – 24,2% (от общей детской смертности).

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ

Куандыкова А.К., Ибрагимова С.И.,
Шарабитдинова Г.Г., Маймахова М.

*Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан,
e-mail: kvet_2013@mail.ru*

В данной статье рассматривается анализ заболеваемости корью в Туркестанском регионе.

Корь, несмотря на более чем 30-летнюю историю вакцинопрофилактики, остается важной проблемой здравоохранения не только в развивающихся странах, но и в ряде развитых стран. По данным ВОЗ корью ежегодно переболевает не менее 40 млн. детей, но регистрируется не более 10% из них. Корь в развивающихся странах остается одной из основных причин смертности детей. Ежегодно во всем мире от кори умирает свыше 10 млн. детей [1].

История борьбы с корью насчитывает более 200 лет. Однако реальная возможность снижения заболеваемости этой инфекцией проявилась только в 1954 году благодаря исследованиям двух ученых, выделившим от больного вирус кори и продемонстрировавшим его размножение в культуре клеток. Эти исследования в дальнейшем явились основой создания эффективных коревых вакцин, применение которых привело к существенному снижению заболеваемости корью, смертности и летальности от этой инфекции во многих странах мира. Актуальность борьбы с корью становится еще более очевидной, если учесть, что эта инфекция поражает в первую очередь детей [2].

Несмотря на серьезные успехи в борьбе с корью это заболевание до сих пор остается актуальной проблемой во всем мире. По информации Агентства РК по защите прав потребителей на протяжении последних 3 лет наблюдается эпидемиологическое неблагополучие по заболеваемости корью в Европе и странах СНГ. Осенью 2011 года ВОЗ официально объявила эпидемию кори в Европе. Подъемы кори в РК за последние 18 лет были отмечены в 1993, 1998, 2005 гг. В связи с этим в 1999 г введена 2 ревакцинация в 6 лет. Учитывая, что в 2005 г была вспышка кори, где число случаев достигло до 105,72 на 100000 населения, в РК проведена Национальная компания иммунизации возрастного контингента 15-35 лет. Общее количество заболевших за четыре месяца 2014 года в РК со-

ставляет 1290 больных. Наибольшее количество больных отмечено в г. Астане, Акмолинской и Карагандинской областях. Анализ исследований показывает, что среди заболевших в республике преобладает взрослое население 63,4%, дети 36,5%. Из общего количества больных, корью заболело 472 ребенка. Из них 42% дети до 1 года, заразившиеся преимущественно от родителей, 48% детей от 1 до 6 лет, из них 70% детей не привитых. 9% дети старше 6 лет, которые в 100% не привитые [3,4].

Целью исследования было изучение заболеваемости кори в городе Туркестан.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ заболеваемости корью населения Туркестанского региона за 2014-2015 гг. (январь) в Туркестанской городской поликлинике.

Вакцинация против кори проводится «Вакциной против кори, краснухи, паротита живая аттенуированная лиофилизированная» произведенная в Индии. Одна доза (0,5 мл) вакцины содержит не менее 1000 ТДЦ50 вируса кори, 5000 ТДЦ50 вируса паротита и 1000 ТДЦ50 вируса краснухи. Активная иммунизация проводится против кори, паротита и краснухи детей в возрасте 12 месяцев и 6 лет. Данную вакцину используют у детей в соответствии с Национальным Календарём прививок и для проведения экстренной иммунизации у взрослых лиц до 30 лет по эпидемиологическим показаниям (Рекомендации ВОЗ). Вакцина должна быть разведена только прилагаемым растворителем (стерильная вода для инъекций) с использованием стерильного шприца. Однократная доза препарата (0,5 мл) вводится глубоко подкожно в переднебоковую верхнюю часть бедра или в плечо. Анализ плана профилактических прививок показывает, что вакцинопрофилактике кори в 1 год 2013 году подлежало 6886, охват составил 99,3%, в 6 лет 5960 охват 99,0%. В 2014 году в возрасте 1 год подлежало 6997, охват составил 99,9%, в 6 лет 5838, охват 98,6% (таблица 1).

По данным Комитета контроля по защите прав потребителей г. Туркестан в 2014 году с апреля зарегистрированы корью 58 случая, а за январь 2015 года – 99 случая.

Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на полный охват населения вакцинацией кори в 2015 году отмечается 99 случая кори по г. Туркестан. Из них дети до 14 лет составляют 32 случая.

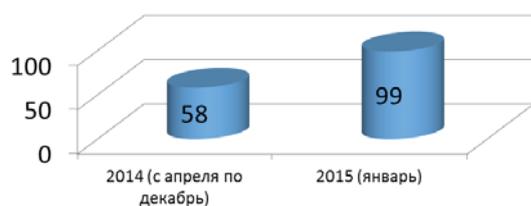


Рис. 1. Количество заболевших больных корью в г. Туркестан

Таблица 1

План профилактических прививок

№	Название вакцины	Подлежало		Охват		Поствакцинальные осложнения
		2013	2014	2013	2014	
1	КПК 1 (1 год)	6886	6997	99,3%	99,9%	0
2	КПК 2 (6 лет)	5960	5838	99,0%	98,6%	0