

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК:614.2(574.5):618.5:618.7-089.168.86

АНАРТАЕВА МАРИЯ УЛАСБЕКОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ
МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПО
СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЮЖНОМ
РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Ташкент – 2007

Работа выполнена в Южно-Казахстанской государственной
медицинской академии

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Даирбеков О.Д.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук

Ходжаева Н.Д.

доктор медицинских наук, профессор

Курбанов Д.Д.

доктор медицинских наук

Куатбекова Р.А.

Ведущая организация: Ташкентский институт усовершенствования врачей

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2007 года в
_____ часов на заседании Специализированного Совета Д.087.10.01 при
Ташкентском Педиатрическом медицинском институте (100140, Ташкент,
ул.Дж.Абидовой, 223).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентского
Педиатрического медицинского института.

Автореферат разослан «_____» _____ 2007 года

Ученый секретарь
специализированного совета
доктор медицинских наук

М.К.ШАРИПОВА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность проблемы. В соответствии с Посланиями Главы государства народу Казахстана определен стратегический курс на ускорение социально-экономического развития республики в связи с вхождением Казахстана в ВТО и в число 50 наиболее экономически развитых государств мира. В современных условиях реализации Государственной Программы улучшения демографической политики и Государственной программы реформирования здравоохранения до 2010 года проблема охраны здоровья женщин фертильного возраста вне- и во время беременности и снижение уровня материнской смертности приобретают особую актуальность и практическое значение. По уровню и структуре материнской смертности Казахстан соответствует развивающимся странам, где этот показатель наиболее высок. В развитых странах уровни материнской смертности гораздо ниже и причиной смерти во время беременности и в послеродовом периоде чаще являются трудно предотвратимые причины, а в Казахстане, как и в развивающихся странах, женщины умирают от акушерских кровотечений, эклампсии и сепсиса, т.е. от управляемых причин (Кагирова Г.И., Перфильева Г.Н., Реутова Н.Н., 1995; Доцанова А.М., 1996; Бейсенбекова Г.К., 1996; Brandrup-Lucanov A., 2001, Абуова Г., Аманжолова З., Гребенникова Г. и соавт., 2006).

Степень изученности проблемы. Состояние здоровья женщин и высокий уровень материнской смертности свидетельствуют о необходимости дальнейших научных исследований в разрезе региональных особенностей по материнской смертности. До настоящего времени недостаточно изучены различия в медико-организационных, социальных, медико-биологических факторах риска в зависимости от региональных различий и не разработан комплекс мероприятий по медико-экологической и социальной реабилитации здоровья беременных. Это является основанием для проведения исследований по данной проблеме с целью улучшения медико-социальной помощи женщинам репродуктивного возраста и снижения уровня материнской смертности.

Имеется много работ, посвященных изучению проблем материнской заболеваемости и смертности (Асадов Д.А., 1993; Каюпова Н.А., 2000; Дубисская Л.А., 2000; Васильева Т.П., Наумов А.В., 2000; Колесникова Т.И., 2000; Аккузина О.П., 2000; Raghu Ram N.V., 1971; Hilber A.M., 2001).

Ряд исследований медико-организационного плана свидетельствует, что среди умерших (с 28 недель беременности, в родах и после родов) треть женщин не была обеспечена медицинским наблюдением во время беременности, т.е. в основе смертности лежат медико-организационные причины (Кузьмичева Р.А., 2000; Гаврилова Л.В., 2000; Джусубалиева Т.М., 2001). Внимание ряда исследователей привлекают вопросы совершенствования медико-организационных аспектов профилактики

нарушений становления репродуктивного здоровья и поведения девушек-подростков, профилактике девиантного поведения, влияния социально-экологических факторов (Кульбаева К.Ж., 2000; Вдовенко С.А., 2002; Шалбаева А.Д., 2002; Егеубаева С.А., 2002; Нукушева С.Г., 2003; Мамадалиева Н.М., Кравцова Т.Г., 2005).

Анализ литературы по проблемам охраны здоровья женщин фертильного возраста вне и во время беременности показал, что имеется значительное число работ, в которых отмечено нарушение здоровья женщин во время беременности в связи с формированием различных форм акушерской, перинатальной и экстрагенитальной патологии. Однако исследования проводились в более ранние периоды, т.е. до проведения социально-экономических реформ и охватывают короткий временной промежуток, носят обобщающий характер, и в основном касались вопросов охраны детства, репродуктивного здоровья женщин, влияния социально-гигиенических факторов, в качестве объекта и единиц наблюдения использовались материалы в условиях городской местности. Кроме того, в этих работах не обосновывается возможность построения этапной системы слежения за риском нарушения здоровья женщин в связи с беременностью, отсутствует региональный подход. Актуальность проблемы определяется с одной стороны социально-экономическими проблемами и их негативным влиянием на многие аспекты здоровья семьи, материнства и детства, на медико-демографические показатели; с другой стороны – отсутствием комплексного исследования состояния медицинской, социальной и экологотехногенной среды проживания беременных женщин, и отсутствием адекватной стратегии и тактики решения проблемы охраны здоровья матери и ребенка и снижения материнской и младенческой смертности на региональном уровне.

При этом необходим комплексный подход и системный анализ деятельности акушерско-гинекологической службы региона с учетом состояния и развития сети лечебно-профилактических учреждений, их наличия, структуры и доступности для жителей населенных пунктов, потребности населения в соответствующих видах помощи и удовлетворенности населения оказываемой акушерской и гинекологической помощью.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа входит в план НИР Южно-Казахстанской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Номер государственной регистрации 0198 РК 00093.

Цель исследования. На основе анализа результатов акушерско-гинекологической помощи обосновать систему медико-организационных мероприятий, направленных на снижение высокого уровня материнской смертности в Южном регионе Республики Казахстан.

В соответствии с целью поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить уровень, динамику и тенденцию материнской смертности в Южном регионе республики.
2. Установить основные социально-гигиенические и медико-организационные факторы риска материнской смертности.
3. Разработать систему прогнозирования материнской смертности на основе современных методических подходов.
4. Определить медико-социальный статус умерших женщин, в связи с беременностью, родами и послеродовыми осложнениями.
5. Оценить влияние социально-гигиенических, медико-организационных и эколого-гигиенических факторов на уровень материнской смертности в Южном регионе.
6. Дать социально-гигиеническую характеристику группе женщин с повышенным риском материнской смертности.
7. Разработать современную модель социально-гигиенического мониторинга материнской смертности в Южном регионе Республики Казахстан.

Объект и предмет исследования: лечебно-профилактические учреждения, в том числе учреждения охраны материнства и детства, женщины фертильного возраста.

Методы исследований: социально-гигиенический, медико-статистический, социологический, ретроспективный и проспективный анализ, математическое моделирование и прогнозирование.

Научная новизна:

- ✓ дана оценка динамике показателя материнской смертности и структуре ее основных причин в Южном регионе Казахстана;
- ✓ определен медико-социальный статус умерших женщин в связи с беременностью, родами и послеродовыми осложнениями;
- ✓ дана комплексная оценка здоровью беременных женщин региона в зависимости от основных социально-гигиенических факторов, образа жизни и проведена вероятностная оценка материнской смертности при различных социально-гигиенических факторах;
- ✓ обоснована характеристика групп женщин с повышенным риском материнской смертности и оценен уровень осложнений по срокам беременности, приводящих к материнской смертности;
- ✓ разработана модель системы социально-гигиенического мониторинга материнской смертности, соответствующий медико-социальным и эколого-гигиеническим особенностям Южного региона Республики Казахстан.

Практическая значимость. Полученные данные по охране здоровья матерей, путях снижения заболеваемости и их смертности будут способствовать улучшению демографических процессов в стране и в Южном регионе, увеличению рождаемости, снижению заболеваемости и смертности

женщин репродуктивного возраста и практической реализации Программы демографической политики государства.

Изучение современных медико-социальных проблем в снижении материнской заболеваемости и смертности привело к установлению внесистемных и внутрисистемных факторов риска материнской заболеваемости и смертности в современных условиях; комплексной оценке социальной, экологической, медицинской и семейной среды обитания беременных в современных социально-экономических условиях.

Внедрение системы социально-гигиенического мониторинга (ССГМ) здоровья беременных, рожениц и родильниц, имеющих высокий уровень риска материнской смертности, позволило улучшить состояние динамического контроля и постепенно снизить уровень материнской смертности среди женщин фертильного возраста.

ССГМ стала основой внедренной региональной программы реформирования акушерско-гинекологической помощи сельскому населению и способствовала повышению ресурсного обеспечения системы охраны материнства и детства Южного региона; развитие сети (строительство 33 фельдшерско-акушерских пунктов и др. лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ)) и укрепление материально-технической базы учреждений родовспоможения, сделало доступным и улучшило качество акушерско-гинекологической помощи населению сельских и городских районов Южного региона.

Организация на базе центральных районных больниц (ЦРБ) дополнительной перинатальной службы позволит приблизить квалифицированную и специализированную акушерско-гинекологическую помощь жителям отдаленных сельских районов, радиус обслуживания которых составляет до 350 км до областного перинатального центра (ОПЦ).

Внедрение однодневных скрининговых стационаров при РБ, ЦРБ обеспечило своевременность выявления и последующего оздоровления беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ) сельской местности.

Предложена и внедрена новая модель этапности оказания и приближения перинатальной акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности.

Разработана и внедрена новая организационная модель выявления и мониторинга ЭГЗ у беременных женщин и женщин фертильного возраста в условиях скрининговых однодневных стационаров при ЦРБ и ОПЦ. Разработана и предложена модель – новый методологический подход управления качеством акушерско-гинекологической службы на уровне региона, ориентированная на удовлетворение потребностей женщин акушерско-гинекологической помощью.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В Южном регионе Республики Казахстан динамика уровней материнской смертности за последние 10 лет характеризуется относительно низкой тенденцией к снижению, чем по Республике Казахстан.

2. Особенности формирования материнской смертности в Южном регионе республики является преобладание среди городских умерших повторнобеременных первородящих в возрасте до 18 лет и старше 35 лет, а в сельской местности многорожавших женщин в возрасте старше 26 лет.

3. Ведущими социально-гигиеническими факторами развития материнской смертности для женщин группы повышенного риска являются высокая внебрачная рождаемость, незавершенность образования, отсутствие навыков здорового образа жизни, низкая профессиональная подготовленность, отсутствие культурного потенциала по отношению к собственному здоровью, недостаточная медико-санитарная грамотность, позднее начало половой жизни и вступление в первый брак, высокая частота аборт, низкий интергенетический интервал между родами неблагополучное семейное положение, а также высокая гинекологическая заболеваемость.

4. Прогностическая вероятность наступления смертности высока ($K_i > 1,60$) у первобеременных до 18 лет и старше 35 лет, а также у многорожавших в возрасте старше 26 лет, имеющих низкий образовательный уровень и недостаточную санитарную культуру, при наличии в анамнезе 3 и более искусственных абортов и интервале между родами менее 2 лет.

5. Система социально-гигиенического мониторинга здоровья беременных, рожениц и родильниц разработана с учетом особенностей медико-социального статуса женщин городских и сельских местностей.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику медицинских организаций Южно-Казахстанской, Жамбылской и Кызылординской областей, на базе ЦРБ отдаленных сельских районов созданы КТМЦ и скрининговые однодневные стационары для выявления и лечения экстрагенитальных заболеваний у женщин. В программу реформирования здравоохранения по охране материнства и детства Южно-Казахстанской области включены предложения и организационные мероприятия по укреплению ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы. Опубликованные методические рекомендации по анализу причин материнской и младенческой заболеваемости и смертности, методике анализа качества медицинского обеспечения беременных женщин, диагностике и лечению гестозов и дисфункциональных маточных кровотечений внедрены в деятельность департаментов здравоохранения Южных регионов. Мониторинг медико-социальных и профессиональных факторов риска материнской смертности внедрен в женские консультации центральных районных больниц Южно-Казахстанской области. Основные положения и выводы диссертации

включены в учебные программы циклов ФПК при ЮКГМА, КГМА для организаторов акушерско-гинекологической службы.

Новые методологические подходы и предложенные организационные модели оформлены в виде 3-х свидетельств на интеллектуальную собственность; патенте Республики Казахстан на изобретение.

Предложена новая модель этапности оказания акушерско-гинекологической помощи сельскому населению. Новая модель заключается в создании корпоративных территориальных медицинских центров (КТМЦ) при наиболее оснащенных и отдаленных от ОПЦ ЦРБ для приближения специализированной акушерско-гинекологической помощи населению (филиалы перинатального центра). Предложено внедрение эффективной системы целевых скринингов женщин фертильного возраста и беременных для выявления и лечения ЭГЗ. Установлен ряд медико-организационных факторов, определяющих уровень материнской смертности. Разработана и внедрена региональная программа по снижению материнской смертности и укреплению ресурсного обеспечения учреждений родовспоможения региона. Впервые для улучшения системы организации и управления акушерско-гинекологической помощи предложена новая система менеджмента, предполагающая удовлетворение потребностей потребителей медицинской помощи и повышение качества медицинских услуг, направленная на снижение материнской смертности в регионе.

В соответствие с Государственной Программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1418, постановлением Правительства Республики Казахстан об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан 2005-2010 годы от 13 сентября 2004 года №1050 в целях дальнейшего совершенствования подготовки медицинских и фармацевтических кадров в составе рабочей группы участвовала в разработке Государственных общеобязательных стандартов высшего медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан, типовых учебных программ, квалификационных характеристик медицинских специальностей; при внедрении и дальнейшей разработке и усовершенствованию клинических руководств и протоколов по акушерско-гинекологическому профилю в составе рабочей группы.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на:

- Международной конференции «Клинические и теоретические проблемы», Туркестан, 2000;
- II-ой региональной научно-методической конференции «Проблемы науки и образования», Тараз, 2000;

- Профессор А.Т.Оқилов таваллудининг 70 йиллигига бағишланган «Тиббий-биологик фанлар ва тиббиёт генетикасининг долзарб масалалари», илмий-амалий анжумани, Ташкент, 2000;

- Научной конференции студентов медицинских ВУЗов РК, Актобе, 2000;

- Международной научно-практической конференции «Ауэзовские чтения-3», Шымкент, 2002;

- Международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан», Алматы, 2003;

- II-ой международной научно-практической конференции «Сучасні наукові дослідження – 2006», Днепрпетровск, 2006.

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликовано 44 печатные работы, в том числе 29 журнальных статей, 7 тезисов, 4 методические рекомендации, 3 авторских свидетельства на интеллектуальную собственность, патент Республики Казахстан на изобретение.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 314 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 312 источников отечественных и зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 81 таблицами, 9 рисунками, 10 схемами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении изложена актуальность изучаемой проблемы, связь исследовательской работы с тематическими планами НИР, цель и задачи, научная новизна, научная и практическая значимость результатов исследования, основные положения, выносимые на защиту, внедрение результатов в практику здравоохранения, апробация диссертации, структура и объем диссертации.

В первой главе (обзор литературы) изложено современное состояние проблемы материнской смертности и влияния на нее медико-организационных факторов. Актуальность данной проблемы определяется с одной стороны социально-экономическими проблемами и их негативным влиянием на многие аспекты репродуктивного здоровья населения, с другой стороны – отсутствием комплексного исследования состояния медицинской, социальной и эколого-техногенной среды проживания беременных женщин, а также отсутствием адекватной стратегии и тактики решения проблемы охраны здоровья матери и снижения материнской смертности на региональном уровне.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» дана характеристика Южных регионов Республики Казахстан и определены методические подходы к изучению состояния материнской смертности и

основных факторов ее риска. Объектом проведенного исследования явилось состояние материнской смертности в Южном регионе Республики Казахстан, включающий Южно-Казахстанскую, Жамбылскую и Кызылординскую области. В соответствии с задачами исследования проведена оценка уровня, динамика и тенденция показателей материнской смертности, установлены основные социально-гигиенические и медико-организационные факторы риска, разработана система прогнозирования материнской смертности на основе современных методических подходов, определен медико-социальный статус умерших женщин в связи с беременностью, родами и послеродовыми осложнениями, дана социально-гигиеническая характеристика групп женщин с повышенным уровнем риска материнской смертности и разработана современная модель социально-гигиенического мониторинга состояния материнской заболеваемости и смертности в Южном регионе республики.

В третьей главе рассмотрены современные тенденции изменения здоровья населения и уровня медицинской помощи в Южном регионе Республики Казахстан. Изучение влияния комплекса социально-гигиенических и медико-биологических факторов на юных первородящих в Южно-Казахстанской, Жамбылской и Кызылординской областях проведено путем наблюдения за 714 женщинами в возрасте 18 лет и моложе в период беременности, родов и в послеродовом периоде. Методом "копи-пара" была подобрана контрольная группа беременных, рожениц и родильниц в возрасте 19-21 год.

Проведено изучение влияния социально-гигиенических и медико-биологических факторов на примере 548 первородящих в возрасте 30-35 лет. Сбор информации проводили путем выкопировки данных из первичной медицинской документации и методом опроса, которые заносили в специально разработанную статистическую карту.

Изучение распределения населения по полу и возрасту показало, что среди всех женщин, женщины фертильного возраста составляют по Южно-Казахстанской области 55,1%, по Жамбылской области – 55,2%, по Кызылординской области – 58,2%. Среди всех женщин фертильного возраста наиболее многочисленной оказалась группа лиц в возрасте 15-19 лет (9,4%). Удельный вес женщин возрастной группы 20-24 года составил 8,0%, 25-29 лет – 7,1%, 30-34 года – 7,3%, 35-39 лет – 8,3%, 40-44 года 8,6%, 45-49 лет – 7,4%.

Среди городских женщин фертильного возраста удельный вес лиц возрастной группы 15-19 лет составил 8,8%, 20-24 года – 8,3%, 25-29 лет – 7,2%, 30-34 года – 7,6%, 35-39 – 8,5%, 40-44 года – 9,2%, 45-49 лет – 7,4%. Среди общей численности женщин сельского населения по всем возрастным группам, кроме лиц 15-19 лет (10,2%), удельный вес женщин фертильного возраста относительно ниже. Это объясняется усиленной миграцией женщин трудоспособного возраста в городскую местность в поисках работы и обучением в высших учебных заведениях.

В четвертой главе проведен анализ ситуации по материнской смертности в республике, динамика показателей и структуры причин материнской смертности по областям Южного региона.

Изучение показателя материнской смертности по данным статистики за 1996-2005 годы показало, что его уровень в Республике Казахстан составил в среднем 56,9 случаев на 100000 живорожденных. В областях Южного региона средний уровень показателя оказался относительно выше и составил в Южно-Казахстанской области 57,1 случая, Жамбылской области – 58,2 случая, Кызылординской области – 65,4 случая на 100000 живорожденных (рис. 1). Наиболее достоверную картину состояния материнской смертности дает изучение тенденции в многолетней динамике этого показателя.

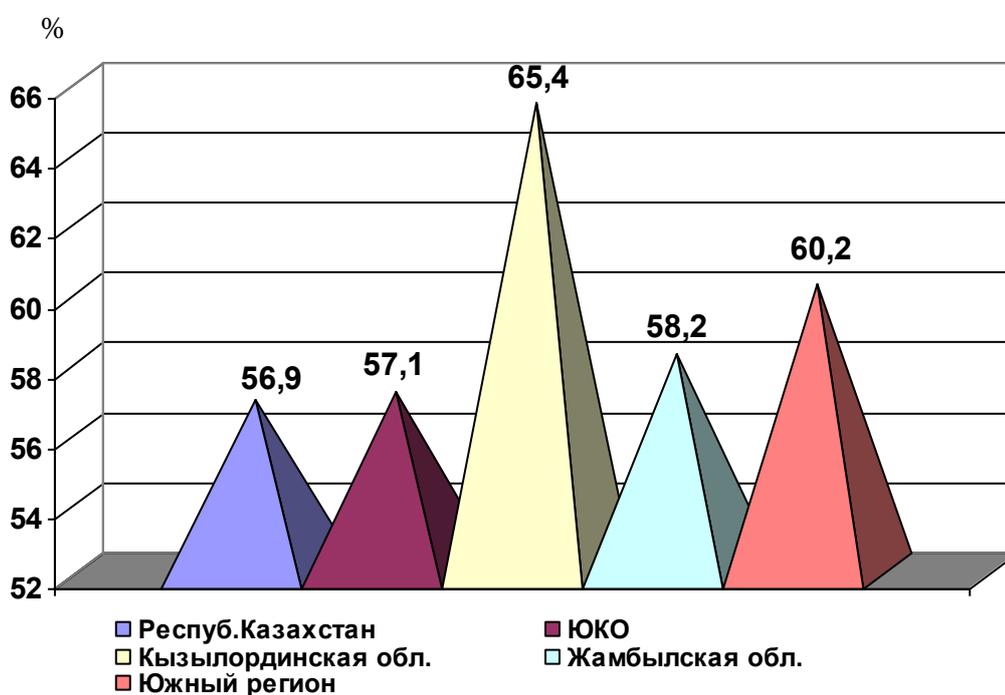


Рис.1. Средний уровень материнской смертности в республике и областях Южного региона в среднем за 1996-2005 гг. на 100000 живорожденных

Изучение динамики материнской смертности показало, что за последние 10 лет в республике отмечается последовательное снижение ее уровня (25,0%). В Южном регионе тенденция снижения материнской смертности значительно ниже, чем в республике (18,8%) (рис. 2).

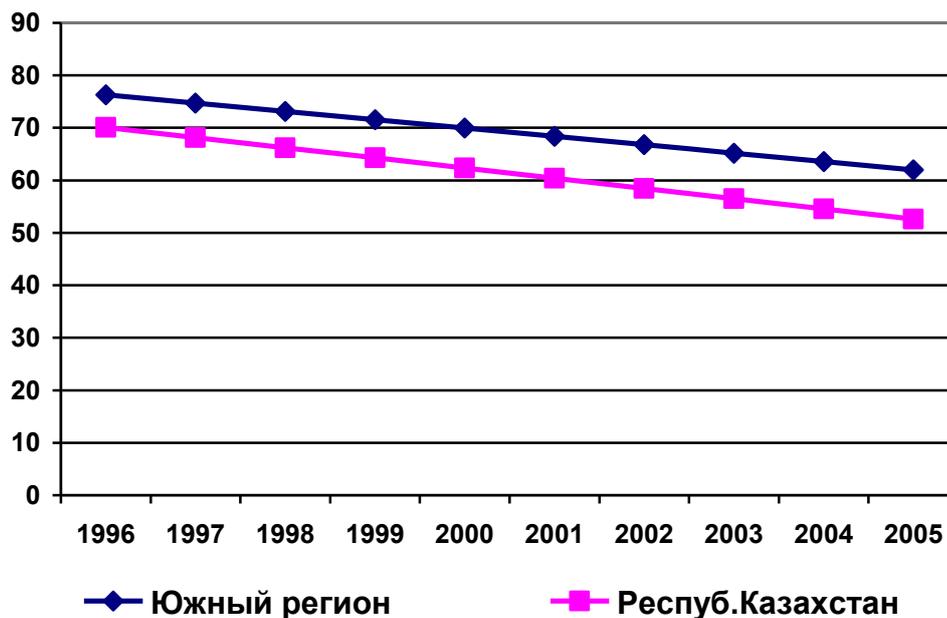


Рис.2. Гипотетический показатель тенденции показателя материнской смертности в Республике и Южном регионе Казахстана за 1996-2006 гг.

Количественная оценка тенденции в динамике показателя материнской смертности на основе данных статистики 1996-2005 годов показала, что средний уровень ежегодного снижения по Южному региону составил 1,59 случая на 100000 живорожденных в году. Тогда как по республике уровень ежегодного снижения материнской смертности за последние 10 лет составил 1,94‰ в году.

Таким образом, относительно высокий уровень материнской смертности в Южном регионе обусловлен значительным отставанием тенденции к снижению его уровня от республиканской тенденции в динамике показателя.

Как известно, не только возраст, но и число родов в акушерском анамнезе матери является фактором риска летального исхода. У $27,8 \pm 1,9\%$ умерших настоящие роды были первыми, $35,1 \pm 2,2\%$ были повторнородящими, $37,1 \pm 2,3\%$ – многорожавшие. Доля многорожавших среди умерших после 28 недель беременности достоверно выше, чем первородящих ($p < 0,001$) и повторнородящих ($p < 0,05$).

Умершие до 28 недель по числу родов в анамнезе распределены следующим образом: первородящие – $18,7 \pm 4,1\%$, повторнородящие – $36,0 \pm 4,7\%$, многорожавшие – $45,3 \pm 5,0\%$, т.е. доля многорожавших женщин достоверно выше.

Сравнительная оценка паритета родов в общей популяции беременных и среди умерших показала, что удельный вес первородящих в обеих группах примерно аналогичен ($27,0 \pm 0,05$ и $27,8 \pm 1,9\%$ соответственно). Небольшое преобладание его среди умерших статистически незначимо.

Удельный вес повторнородящих с высокой степенью достоверности ($P < 0,001$) преобладает в общей популяции. При пятых и шестых родах, также как и при первых, удельный вес в группе умерших преобладает без статистического подтверждения достоверности. Начиная с седьмых родов, превышение удельного веса при соответствующих родах в группе умерших над аналогичными показателями в общей популяции становится достоверным (рис. 3).

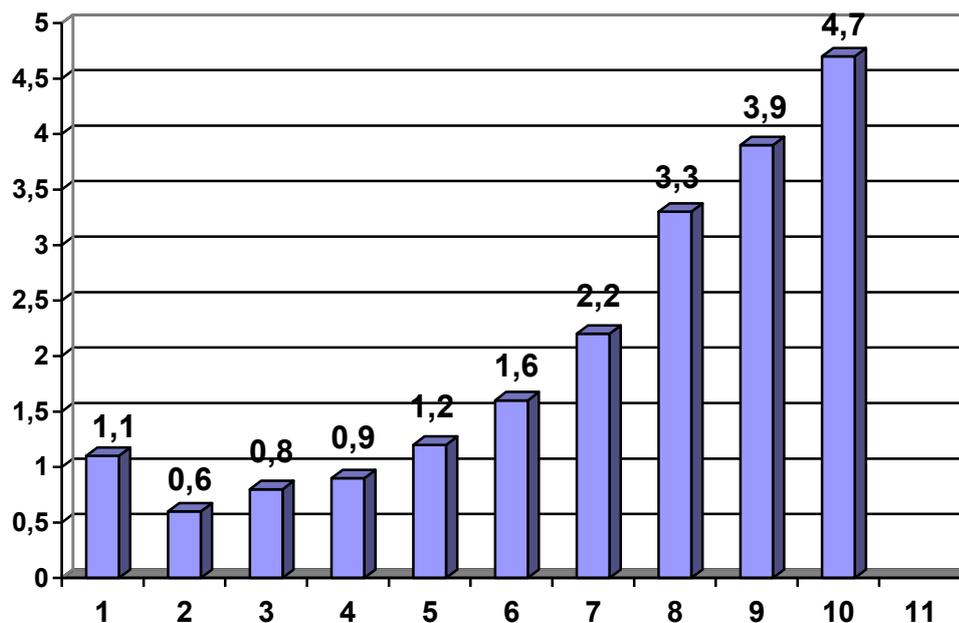


Рис.3. Степень риска летального и схода в зависимости от порядкового номера родов

Определение степени риска материнской смертности в зависимости от паритета родов показало, что наименьшим риском сопровождаются вторые роды (0,6), при последующих родах опасность летального исхода возрастает до 4,7 баллов. Первородящие вследствие акушерской не апробированности рискуют в 2 раза чаще повторнородящих. При пятых родах риск в 2,0 раза выше, чем при вторых, при шестых – 2,8 раза, при седьмых – 3,6 раза, при восьмых – 5,5 раза, при девярых – 6,5 раз и при десятых родах и более – почти в 8 раз.

Изучение показателя материнской смертности, рассчитанное на рожениц соответствующего паритета показало, что у повторнородящих отмечается наименьший уровень и статистически достоверно отличается от показателя материнской смертности у первородящих и многорожавших женщин ($78,4$ и $258,9 \pm 39,1\%$, соответственно). При этом уровень показателя материнской смертности у многорожавших при пятых родах составляет $89,2 \pm 12,7\%$, увеличиваясь до $524,3 \pm 78,1\%$ при десятых родах.

Основными причинами смертности беременных, рожениц и родильниц в Южном регионе являются, прежде всего, экстрагенитальные заболевания, удельный вес которых составил 28,2%. На долю кровотечений приходится 23,8%, гестозов – 14,3%, сепсиса – 12,4%, аборт – 10,2%, внематочной беременности – 2,03%.

В пятой главе представлено влияние социально-гигиенических, медико-организационных и эколого-гигиенических факторов на уровень материнской смертности. Изучение влияния на уровень материнской смертности группы факторов включивших, факторы риска репродуктивного возраста, соматического здоровья, факторы риска возникающие во время беременности и со стороны плода, а также факторов риска при родах для матери, показало, что наибольшая распространенность факторов риска материнской смертности имеется у женщин возрастной группы до 18 лет (6142,4 на 1000 обследованных) и 35 лет и старше (от 5279,2 до 5532,7 случая на 1000 обследованных).

В этих возрастных группах на первое ранговое место выходят социальные факторы риска, удельный вес которых в общей структуре составил от 24,6 до 27,4%, доля факторов риска репродуктивного возраста – 19,8-22,7%, факторов риска, возникающих во время беременности – 7,7-18,3%, факторов соматического здоровья – 15,2-15,6%, факторов риска, возникающих со стороны плода – 13,7-14,0% и факторов риска при родах для матери – 5,4-5,6% (рис. 4).

Изучение распределения беременных женщин по социальным факторам риска материнской смертности показало, что в возрастной группе женщин до 18 лет – неблагоприятное финансовое положение (25,5%), неблагоприятное семейное положение (22,4%), курение отца (17,1%) и неполное среднее и начальное образование (12,8%) занимают ведущие позиции. В возрастной группе старше 35 лет на первое ранговое место выходит курение отца (37,1%). Доля вклада «неблагополучного семейного положения» составила 19,3%, «неблагополучного финансового положения» – 12,9%, «вредных привычек женщин» и «возраст мужа старше 40 лет» – по 9,9% соответственно. Удельный вес женщин, имеющих неблагоприятное семейное положение (одинокая, разведена, брак не зарегистрирован) к началу беременности составил 12,9%, а при ее завершении – 9,7%.

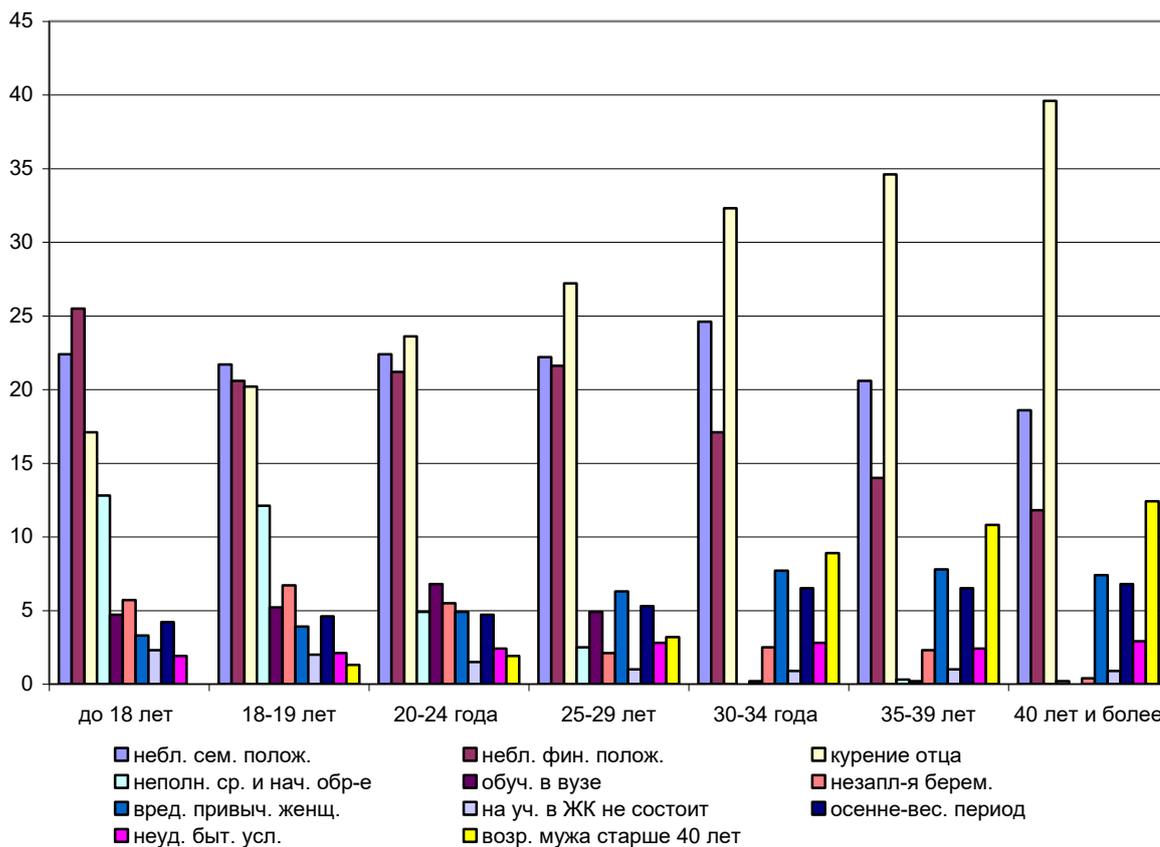


Рис. 4. Распределение беременных женщин по социальным факторам риска материнской смертности (в % к общему)

Анализ данных распределения беременных женщин по комплексным показателям здоровья в зависимости от семейного положения, выявил, что беременные женщины с минимальной степенью риска материнской смертности в 2 раза чаще встречаются среди лиц с благоприятным семейным положением (как в начальном, так и в завершающем периоде беременности). А удельный вес беременных с высокой и максимальной степенью риска на протяжении всей беременности больше в группе с «неудовлетворительным семейным положением».

Частота регистрации всех групп факторов риска материнской завершении, выше среди женщин с неблагоприятным семейным положением.

При этом соотношение социальных факторов в исследуемых контингентах беременных женщин выглядит следующим образом: «неудовлетворительное финансовое положение» установлено в 221,45 случаях на 1000 женщин против 108,2 случая на 1000 беременных женщин с «благоприятным семейным положением», не запланированная беременность – 165,32% против 37,82%, возраст беременной до 18 лет – 82,38% против 18,72%, внутрисемейный конфликт – 78,46% против 7,14%, вредные привычки у беременной – 48,37% против 12,17%, неудовлетворительные бытовые условия – 24,93% против 6,44%, возраст отца моложе 20 лет –

18,67‰ против 3,73‰, вредные привычки у отца и матери – 8,71‰ против 1,29‰.

Выявлено, что курящие женщины к моменту наступления беременности имеют более низкий «потенциал здоровья» – около половины из них (47,15%) страдают различными хроническими заболеваниями, то есть относятся к III-группе здоровья. При завершении беременности не выявлено ни одной женщины с I-группой здоровья. Среди беременных женщин, ведущих здоровый образ жизни, удельный вес страдающих хроническими заболеваниями был значительно ниже (40,4%). При завершении беременности доля женщин, отнесенных к I-группе здоровья, увеличилась до 2,6%.

При анализе распределения женщин по степени риска материнской смертности выявлено, что число женщин с минимальной степенью риска при взятии на учет по беременности было в 6 раз больше среди ведущих здоровый образ жизни: 77,33% женщин с различной выраженностью вредных привычек имели высокую и максимальную степень риска к началу гестации и 80,19% - к моменту родов. Удельный вес женщин, ведущих здоровый образ жизни и имеющих высокую и максимальную степень риска к началу гестации составил 52,41%, а к моменту родов – 75,42%, что значительно ниже, чем в группе женщин с неправильным образом жизни. Наибольшие различия в 2-х сравниваемых группах имеются в частоте регистрации социальных факторов риска материнской смертности как при взятии на учет по беременности, так и при ее завершении.

Распространенность социальных факторов риска в среднем, более чем 2,5 раза выше среди женщин с неправильным образом жизни. Они складываются, главным образом, за счет неблагоприятного семейного положения (728,8‰ против 364,12‰), неудовлетворительного финансового положения (492,29‰ против 30,12‰), не запланированной беременности (157,18% против 81,23%) , внутрисемейного конфликта (142,38% против 71,89%), возраста матери до 18 лет (96,27‰ против 38,15‰), неполного начального и среднего образования матери (70,16‰ против 18,25‰), вредных привычек отца (36,78‰ против 11,18‰ соответственно), (рис. 5).

Частота регистрации факторов со стороны соматического здоровья к началу беременности и при ее завершении выше у женщин из группы с неблагоприятными компонентами образа жизни. При этом, более высокие уровни таких заболеваний, как: нейроциркуляторная дистония (94,12% у женщин с неблагоприятными компонентами образа жизни, 86,7‰ у женщин со здоровым образом жизни), болезни органов пищеварения (82,35% против 47,92‰), хронический тонзиллит (70,18‰ против 47,12‰), анемии (59,29% против 9,72‰), заболевания органов дыхания (24,35‰ против 12,37‰), гипертоническая болезнь II-III-стадии (12,79‰ против 3,2‰), варикозная болезнь (23,59‰ против 16,62‰), частые ОРВИ у матери (12,38‰ против 5,63‰ соответственно).

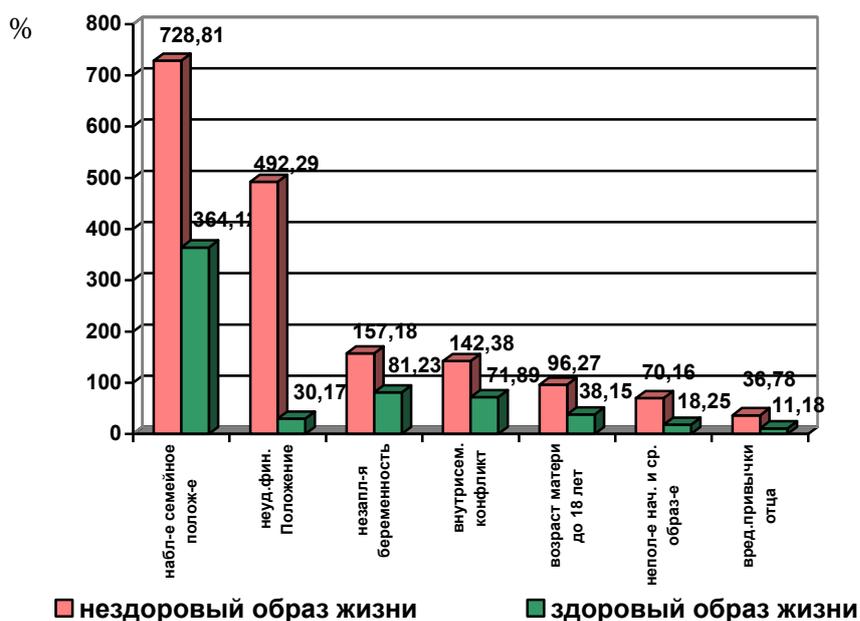


Рис.5. Частота регистрации социальных факторов риска материнской смертности в группах беременных женщин ведущих здоровый и нездоровый образ жизни

Уровень материнской смертности установленный на основе коэффициента комплексной вероятностной оценки оказался высоким среди первородящих до 18 лет и старше 35 лет ($K_i=1,9$ и $1,88$ ед.), при порядковом номере родов 4 и более ($K_i=1,67$) и искусственных абортах 4 и более в анамнезе у повторнобеременных, при интервале между родами до 2 лет ($K_i=1,74$), а также у женщин со средним и начальным образованием ($K_i=1,69$ и $1,78$ соответственно).

Статистически достоверная разница ($P<0,002$) по периодам беременности отмечалась по частоте угрожающих аборт, гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний и токсоплазмоза.

С увеличением срока беременности устойчиво снижается частота угрожающего аборта. С увеличением срока беременности также снижается частота развития инфекций мочеполовых органов ($A\Phi=0,40$), анемии ($A\Phi=0,54$), сердечно-сосудистых заболеваний ($A\Phi=0,92$), токсоплазмоза ($A\Phi=0,47$) и острых респираторных заболеваний ($A\Phi=0,12$) (табл. 1).

**Динамика различных патологических процессов в зависимости от срока беременности
(в расчете на 1000 беременных женщин)**

Срок беременности, (нед.)	Угрожающий аборт АФ=48	Гипертония, осложняющая беременность АФ=4,70	Инфекция мочеполовых органов АФ=0,40	Анемия АФ=0,54	Сердечно-сосудистые заболевания АФ=0,92	Токсоплазмоз АФ=0,47	Острые респираторные заболевания АФ=0,12
12-13	46,2	8,2	9,6	7,2	31,4	11,3	8,7
14-15	44,4	12,9	9,2	6,6	30,4	10,8	8,5
16-17	42,6	17,6	8,8	6,1	29,5	10,3	8,4
18-19	40,8	22,3	8,4	5,5	28,6	9,8	8,3
20-21	39,0	27,0	8,0	5,0	27,7	9,4	8,2
22-23	37,2	31,7	7,6	4,5	26,8	8,9	8,1
24-25	35,4	36,4	7,2	3,9	25,8	8,4	7,9
26-27	33,6	41,1	6,8	3,4	24,9	8,0	7,8
28-29	31,8	45,8	6,4	2,8	24,0	7,5	7,7
30-31	30,0	50,5	6,0	2,3	23,1	7,0	7,6
32-33	28,2	55,2	5,6	1,8	22,2	6,6	7,5
34-35	26,4	59,9	5,2	1,2	21,2	6,1	7,3
36-37	24,6	64,6	4,8	0,7	20,3	5,6	7,2
38-39	22,8	69,3	4,4	0,1	19,4	5,1	7,1
40 и более	21,0	74,0	4,0	-	18,5	4,7	7,0

Уровень гипертонии, осложняющий беременность, с увеличением срока беременности возрастает быстрыми темпами. При этом на каждый период беременности уровень увеличения составляет 4,70 случаев на 1000 женщин соответствующего периода.

В шестой главе представлена социально-гигиеническая характеристика первородящих женщин до 18 лет и старше 30 лет. Результаты социально-гигиенического исследования позволили получить представление о составе юных женщин, рожаящих в подростковом возрасте, по национальности, социальному положению, образованию и состоянию в браке. Среди рожаящих в возрасте 15-18 лет преобладают девушки казахской национальности (73,9%), а на долю русских девушек приходится 11,7%, узбечек - 5,9%, девушек других национальностей - 8,4% (табл.2).

При этом в национальном составе девушек, рожаящих в возрасте 15-18 лет по Южно-Казахстанской области значительную долю занимают узбечки (11,3%) и русские (10,4%) женщины. По Жамбылской области доля казашек, рожаящих в возрасте 15-18 лет относительно выше (71,7%), чем в Южно-Казахстанской области. Здесь доля русских женщин (16,2%) и женщин других национальностей также значительна (10,9%). В Кызылординской области, рожаящие в возрасте 15-18 лет, в основном представлены женщинами коренной национальности – 82,7% от общей численности этого контингента. Доля русских женщин (9,6%) и женщин других национальностей (7,6%) в этой области по сравнению с Южно-Казахстанской и Жамбылской областями относительно ниже. Таким образом, в Южном регионе национальный состав рожаящих девушек в возрасте 15-18 лет преимущественно состоит из женщин коренной национальности.

Основная группа юных матерей (88,4%) в возрасте 15-18 лет имеет среднее образование. Среди юных первородящих 15-18 лет, 38,9% - являются домохозяйками и 61,1% - учащимися (рис. 6).

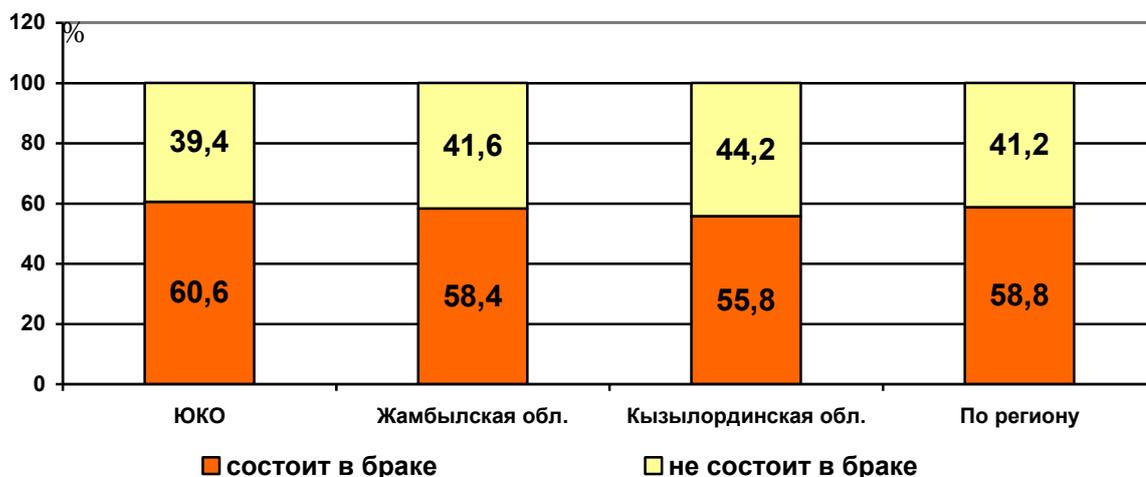


Рис.6. Распределение девушек, рожаящих в 15-18 летнем возрасте по состоянию в браке

Таблица 2

Национальный состав рожавших в возрасте 15-18 лет и 19-20 лет в областях Южного региона

Национальный состав	Возрастная группа	Южно-Казахстанская область		Жамбылская область		Кызылординская область		Всего	
		число наблюдений	удельный вес в %	число наблюдений	удельный вес в %	число наблюдений	удельный вес в %	число наблюдений	удельный вес в %
Казашки	15-18	232	70,9	124	71,7	129	82,7	485	73,9
	19-20	2457	77,2	1244	68,6	1156	71,2	5157	77,9
Русские	15-18	34	10,4	28	16,2	15	9,6	77	11,7
	19-20	164	5,2	208	11,5	242	14,9	614	9,3
Узбечки	15-18	37	11,3	2	1,1	-	-	39	5,9
	19-20	324	10,2	21	1,2	-	-	345	5,2
Другие нации	15-18	24	7,3	19	10,9	12	7,61	55	8,4
	19-20	238	7,5	60	3,3	225	13,8	523	7,9
Всего	15-18	327	100,0	173	100,0	156	100,0	656	100,0
	19-20	3183	100,0	1813	100,0	1623	100,0	6619	100,0

В возрастной группе 15-18 лет значительна доля женщин, рожаящих вне брака (41,2%). При этом удельный вес женщин этой группы в Южно-Казахстанской области составил 39,4%, в Жамбылской области – 41,6%, а в Кызылординской области – 44,2%.

Социологические исследования говорят о том, что в настоящее время большинство юношей и девушек допускают возможность добрачных интимных отношений и дают им положительную оценку. Наши результаты дают следующую картину: до 15 лет половую жизнь начали 8,4% девушек, 15-18 лет – 22,7%, а в 19-20 лет – более 28% женщин.

Таким образом, данные нашего исследования говорят о том, что одной из основных причин ранних родов является начало половой жизни в возрасте раньше 15 лет. Другой наиболее частой причиной ранних родов в подростковом возрасте является неправильное контрацептивное поведение (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная характеристика контрацептивного поведения брачных и внебрачных групп женщин, рожаящих в 15-18 летнем возрасте

Число абортов в анамнезе	Женщины, состоящие в браке				Женщины вне брака			
	используют контрацепцию		не используют контрацепцию		используют контрацепцию		не используют контрацепцию	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	153	64,3	84	56,8	127	83,5	60	50,8
1	56	23,5	36	24,3	14	9,2	31	26,3
2 и более	29	12,2	28	18,9	11	7,3	27	22,9
Всего	238	100,0	148	100,0	152	100,0	118	100,0

Характерно, что среди девушек, рожаящих вне брака в возрасте 15-18 лет, 43,7% (118 девушек) не использовали контрацепцию. Из этого числа 26,3% (31 женщин) 1 раз прибегли к аборту, а 22,9% - 2 и более раз сделали медицинский аборт. Среди девушек, рожавших в браке 38,3% неиспользования контрацептивных средств. Среди девушек, применявших контрацепцию, 38,2% получили сведения о контрацепции понаслышке, т.е. от подруг (22,4%), партнера (10,6%), матери (5,2%) и из научно-популярной литературы (3,8%). 14,9% девушек вообще не располагали данной информацией и только 4,9% девушек получили ее от медицинских работников на приеме в женской консультации и во время санитарно-просветительных бесед.

Наиболее эффективными средствами предупреждения беременности 37,2% девушек считают ведение "календаря", 32,6% – использование механических контрацептивов, 7,2% – применение химических средств, 16,5% – гормональных таблеток и 6,5% – ВМС.

Среди женщин, состоящих в браке, случаев прибегания к абортам значительно меньше (43,2%), чем среди женщин, рожавших вне брака (49,2%).

Изучение жилищных условий женщин показало, что 5,3% девушек, родивших в 15-18 лет, проживают в отдельной квартире, 25,4% имеют комнату или место в общежитии, 6,6% снимают квартиру, 31,9% проживают в стесненных условиях у родителей или у родственников, 30,8% женщин проживают с родителями в доме со всеми удобствами.

Таким образом, среди женщин, рожавших в возрасте 15-18 лет наиболее неблагоприятные жилищно-бытовые условия имели 37,3% , 31,9% - относительно неблагоприятные и лишь 30,8% - наиболее благоприятные условия. Нами не выявлено достоверных различий в средних показателях роста и массы тела в сравниваемых возрастных группах женщин. Так, средний рост и масса тела у 15-18 летних девушек составили $162,2 \pm 1,1$ см и $61,7 \pm 1,8$ кг, а у 19-20 летних - $162,1 \pm 0,9$ см и $61,9 \pm 1,7$ кг соответственно ($p > 0,05$). Параметры физического развития изучались только у женщин, впервые обратившихся в женскую консультацию по поводу беременности при сроке 20 недель, что позволило исключить, характерные для прогрессирующей беременности, изменения росто-весовых параметров.

Следует отметить, что среди первородящих в возрасте 15-18 лет доля женщин, не имеющих осложнений беременности меньше (37,2%) по сравнению с женщинами в возрасте 19-20 лет (48,7%). Это обусловлено высоким уровнем токсикозов в первой половине беременности у 15-18 летних первородящих, который в 1,5 раза выше, чем в группе 19-20 летних женщин.

Аналогично обстоит дело с другими видами осложнений у 15-18 летних, в частности отмечается более высокая частота угрозы прерывания беременности. Однако, при сравнительном анализе течения родов в двух возрастных группах первородящих установлено, что доля женщин с физиологически протекающими родами была у них фактически одинаковой (44,9 и 46,1%). Нами не выявлено достоверных различий и в уровне осложнений, возникающих преимущественно во время родов, составивших 858,2 и 862,9‰ соответственно.

Следует отметить, что у юных женщин 15-18 лет значительно чаще в сравнении с другой возрастной группой первородящих наблюдаются преждевременные роды (соответственно 9,2% против 5,2%, $p < 0,05$). Такое грозное осложнение в родах, как гестоз, отмечается в 11,7%, а в период беременности – в 1,4% случаев. Это связано с выявлением ранее существовавшей патологии у данного контингента женщин по мере поступления их в родильный дом и свидетельствует о недостатках в выявлении и оздоровлении юных беременных женскими консультациями.

Так, удельный вес женщин, явившихся в женскую консультацию в срок до 12 недель беременности, составил 27,2% в возрастной группе 15-18 лет, у

женщин 19-20 летнего возраста – 64,4%. Юные женщины во время беременности (после 28 недель беременности), в женскую консультацию обращаются позже (соответственно 11,9% и 1,5%) и сравнительно большая их доля (соответственно 4,2% и 0,6%) вообще не посещает женскую консультацию.

Особенности течения беременности и родов у юных первородящих, высокий уровень и характер патологии обуславливают необходимость выделения этого контингента в особую группу риска, приоритетную в организации медицинского наблюдения. Ввиду характерной для юных матерей социальной дезадаптации, а именно высокой внебрачной рождаемости, незавершенности образования, профессиональной и медико-санитарной неподготовленности, необходимо проводить мероприятия по предупреждению беременности в подростковом возрасте. В частности, целесообразно включение в программы обучения средних и высших учебных заведений специальных разделов по половому воспитанию и соблюдению норм половой этики, вопросов предупреждения не запланированной беременности. Изучение различных аспектов течения беременности и родов у первородящих женщин старших возрастных групп не теряет своей актуальности, так как их удельный вес в различных регионах страны составляет от 7,5% до 21,8% среди всех рожениц.

Результаты исследования позволили установить, что основная часть обследованной нами первородящих (67,0%) была занята в общественном производстве, в том числе 42,8% из них были рабочими, 16,4% - служащими, 7,8% - инженерно-техническими работниками. 22,4% женщин имели высшее образование, 36,2% - средне-специальное, 27,2% - среднее и 14% - незаконченное высшее образование.

Результаты обследования позволили получить представление о жилищных условиях женщин, рожавших в 30-35 летнем возрасте. Выявлено, что в 68,9% случаев первородящие проживали в отдельной квартире, в 1,5% - имели комнату или место в общежитии, в 26,2% - снимали комнату, в 0,7% - жили в стесненных условиях у родителей, в 2,7% - жили в отдельном доме с родителями. Таким образом, значительная доля женщин в возрасте старше 30 лет не обеспечены нормальными жилищными условиями, что и является одной из причин поздних родов. Многие женщины деторождение откладывают до благоприятных времен, в том числе до решения жилищно-бытовых условий жизни.

В исследуемой группе в 55,1% случаев семья состояла из 2 человек (женщина проживала с мужем), в 24,1% – из 3-4 человек, в 3,3% – из 5-ти человек и более, а 17,5% женщин были одиночками.

По подушевому доходу женщины распределились следующим образом: в 29,7% случаев – до 5000 тенге, в 42,3% - от 5000 до 7500 тенге, в 18,1% - от 7500 до 10000 тенге, в 6,2% - от 10000 до 15000 тенге, в 4,9% - 15000 и более тенге.

Разные обстоятельства объясняют наступление первых родов в возрасте старше 30 лет. По данным литературы, к числу основных причин этого явления относят поздний брак и позднее начало половой жизни. Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что 12,2% женщин вступили в первый брак до 19 лет, 16,9% - в 20-24 года, 16,2% - в 25-29 лет, 33,2% – в 30-34 года, 17,9% – в 35 лет и старше, а 3,6% женщин не были замужем.

Таким образом, наши данные показали, что одной из основных причин поздних родов явилось замужество и начало половой жизни в возрасте старше 30 лет (в среднем 51,1% случаев). Отсрочка деторождения до сравнительно поздних сроков у женщин, вступивших в брак в 20-29 лет, объяснялась в основном необходимостью получить образование, добиться экономической независимости, обрести определенные материальные блага. Другой причиной отсрочки деторождения явилось прерывание беременности.

Так, более половины (53,3%) первородящих имели в анамнезе самопроизвольный выкидыш или медицинский аборт, из них 64,7% имели 1 аборт, 16,1% - 2 аборта, 19,2% - 3 и более аборт.

Изучение основных причин медицинских аборт у первородящих женщин в возрасте старше 30 лет показало, что более половины (59,2%) сделали его в связи с нежеланием женщины или ее партнера иметь внебрачного ребенка, 13,4% – по причине плохих материальных и жилищных условий, 8,3% – в связи с напряженными отношениями в семье, 6,5% – по рекомендации врача, 4,2% - по той причине, что не с кем оставить ребенка, 8,3% – в связи с учебой.

В результате опроса выявлено, что у 89,2% первородящих (489 женщин) данная беременность была запланированной, включая всех одиноких и состоящих в незарегистрированном браке.

Предохранялись от беременности 89,8% женщин. Причем 44,3% получили сведения о контрацепции от подруг, 31,5% - от матери, 9,8% - от партнера, 6,1% - из научно-популярной литературы и 8,3% - от медицинского работника во время приема и санитарно-просветительных бесед.

Проведенное изучение состояния здоровья первородящих женщин старше 30 лет показало, что 79,2% из них имели в анамнезе оперативные вмешательства, гинекологические и экстрагенитальные заболевания. Каждая третья женщина имела сопутствующую соматическую патологию. В структуре соматических патологии первое место занимают болезни органов кровообращения (39,4%), второе место – заболевания органов пищеварения (18,7%), третье – заболевания ЛОР-органов (11,3%), заболевания мочеполовых органов составили 10,8%, органов дыхания – 7,2%, нарушения эндокринного характера – 6,1%, прочие заболевания – 6,5%.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза оказалось, что почти каждая вторая первородящая старше 30 лет имела гинекологические

заболевания. Из них 57,2% приходилось на воспалительные процессы, 25,9% – на бесплодие, 11,9% – на доброкачественные опухоли, 4,7% – на нарушения менструального цикла, 0,3% - на внематочную беременность, причем данные гинекологические заболевания были выявлены у 49,2% женщин при посещении врача с лечебной целью (при наличии жалоб), у 31,3% - на профосмотре по инициативе женщины, у 12,7% - в процессе диспансеризации, у 6,8% - при явке за медицинским заключением.

Большинство женщин, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, до беременности получили медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях (47,3 и 32,4% соответственно); в учреждениях санаторного профиля помощь получили 9,3%, а 11% - не получали никакой медицинской помощи.

По материалам нашего исследования, беременность у них протекала благополучно лишь в 16,4% случаев. Самым частым осложнением беременности был поздний гестоз – 38,2%; далее по частоте: угроза прерывания беременности – 18,3%, ранний гестоз – 18,0%, недонашивание беременности – 9,3%, изосерологическая несовместимость – 4,7%, прочие осложнения – 11,5%.

По нашим данным, в среднем на 1 беременную женщину приходилось около 9,7 посещений в женскую консультацию, что говорит о недостаточности объема лечебно-профилактической помощи женщинам, рожаящим в возрасте старше 30 лет. Существенный интерес представляет изучение течения родов у первородящих старшего возраста.

Это показало, что 64,2% первородящих имели осложнения в родах, у 37,4% из них имело место несвоевременное излитие околоплодных вод, у 36,3% – первичная и вторичная слабость родовой деятельности, у 21,5% – травматизм в родах и у 4,8% – другие осложнения.

Таким образом, результаты комплексного социально-гигиенического изучения группы первородящих женщин в возрасте старше 30 лет, особенностей их состояния здоровья, течения беременности и родов, объема и качества медицинской помощи позволяют считать, что наряду с ведущим биологическим фактором риска, которым является возраст, большую роль играют социально-гигиенические и медико-демографические факторы, такие как позднее вступление в первый брак, позднее начало половой жизни, высокая частота аборт, неблагоприятное семейное положение и недостаточное общее образование.

Эта группа первородящих относится к группе риска по наличию осложнений беременности и родов и требует особого внимания со стороны врачей акушеров-гинекологов и других специалистов.

В седьмой главе описана система медико-социального мониторинга материнской заболеваемости и смертности, которая представляет совокупность инновационных, социальных, профессиональных, правовых и медицинских мероприятий и рекомендаций, направленных на профилактику

материнских потерь и сохранение общего репродуктивного здоровья в каждом отдельно взятом случае.

Основной задачей научных исследований, в области охраны репродуктивного здоровья населения, прогнозирования его состояния, является формирование стратегии в оценке уровня репродуктивного здоровья, разработке новых технологий диагностики, лечения и реабилитации нарушений репродуктивной функции, новых форм управления и организации медицинской помощи.

Превентивная роль медико-социального мониторинга состояния женщины на этапах воспроизводства актуальна сегодня, как никогда. В этой связи разработка мониторинга медико-социального и профессионального характера, особенно в районах Южного региона Казахстана, которые нуждаются в этом, необходима.

Организационной формой медико-социального мониторинга должен стать Кабинет медико-социальной профилактики материнской заболеваемости и смертности.

Деятельность Кабинета осуществляется в рамках положения о «Кабинете медико-социальной профилактики материнской заболеваемости и смертности» утвержденного Южно-Казахстанским областным департаментом здравоохранения.

1. Кабинет медико-социальной профилактики материнской заболеваемости и смертности является структурным подразделением женской консультации.

2. Руководство кабинетом осуществляет заведующая женской консультацией, назначаемая и увольняемая в установленном порядке руководителем учреждения здравоохранения.

3. Деятельность Кабинета регламентируется положением, и соответствующими нормативными документами.

4. Основная задача кабинета медико-социальной профилактики материнской заболеваемости и смертности – выявление социальных и профессиональных факторов риска материнской заболеваемости и смертности.

5. Кабинет медико-социальной профилактики материнской заболеваемости и смертности работает во взаимодействии со структурными подразделениями женской консультации, а также другими заинтересованными медицинскими и немедицинскими службами.

На основании проведенных нами исследований мы считаем, что работа кабинета должна осуществляться в несколько этапов:

На первом этапе средний медицинский персонал Кабинета осуществляет сбор данных с помощью специально разработанной прогностической таблицы. Данная таблица включает весь комплекс вопросов, касающийся медико-социальных и профессиональных аспектов.

На втором этапе работает врач акушер-гинеколог с привлечением медицинского (социального) психолога. Два специалиста могут выступать в одном лице, если акушер-гинеколог прошел соответствующую специализацию по вопросам общей и социальной психологии. Главной задачей данного этапа является анализ результатов заполнения прогностической таблицы, оценка возможных факторов социального и профессионально-экологического риска и дача подробных рекомендаций в свете этого по профилактике материнской заболеваемости и смертности. Рекомендации реализуются не только в рамках деятельности женской консультации, но и с привлечением других специалистов заинтересованных медицинских и немедицинских учреждений.

Важнейшим направлением работы данных Кабинетов является взаимодействие с другими медицинскими и немедицинскими заинтересованными ведомствами.

Специалисты Кабинета при наличии факторов риска у беременной, как работа на вредном производстве, курение, употребление алкоголя, возраст матери старше 30 лет и возраст отца старше 45 лет, должны рекомендовать участковым акушерам-гинекологам консультирование данных беременных в медико-генетической службе или направлять их туда самостоятельно. Преемственность в работе акушерско-гинекологической и дерматовенерологической службы на сегодняшний день поставлена на достаточно высокий уровень, поскольку все беременные подвергаются всестороннему обследованию на заболевания, передаваемые половым путем.

Для реализации информационного обеспечения профилактики материнской заболеваемости и смертности, которое предполагает распространение медицинских и гигиенических знаний всеми возможными средствами, необходимо взаимодействие с другими специалистами (врачами общей практики, дерматовенерологами, психологами, юристами, социальными педагогами, реабилитологами и др.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных исследований, позволили сформулировать следующие **выводы**:

1. За последние десятилетия Южный регион Республики Казахстан характеризуется относительно высоким уровнем материнской смертности (60,2 на 100000 живорожденных), чем в республике (56,9‰). Это обусловлено, прежде всего, значительным отставанием многолетней тенденции к снижению уровня материнской смертности в регионе (на 1,59 случая на 100000 живорожденных в году), чем республиканской (на 2,63‰) тенденции к снижению уровня показателя.

2. Среди умерших женщин в городской местности преобладают повторнобеременные первородящие в возрасте до 18 лет (126,5‰) и старше

35 лет (74,6‰), а в сельской местности многорожавшие в возрасте 26 лет и старше (от 72,5 до 114,2‰).

3. В возрастных группах до 18 лет и старше 35 лет на первое ранговое место выходят социальные факторы риска материнской смертности, удельный вес которых в общей структуре факторов составил от 24,6 до 27,4%. Распределение беременных женщин по социальным факторам риска материнской смертности показало, что в возрастной группе до 18 лет неблагоприятное финансовое положение (25,5%), неблагополучное семейное положение (22,4%), курение отца (17,1%) и неполное образование (12,8%) занимают ведущие позиции.

В возрастной группе старше 35 лет на первое ранговое место выходит курение отца (37,1%). Доля вклада «неблагополучное семейное положение» составила 19,3%, «неблагополучное финансовое положение» - 12,9%, «вредные привычки женщины» и «возраст мужа старше 40 лет» - 9,9% соответственно.

4. Уровень материнской смертности установленный на основе коэффициента комплексной вероятностной оценки оказался высоким среди первородящих до 18 лет и старше 35 лет ($K_i=1,9$ и $1,88$ ед. соответственно), при порядковом номере родов 4 и более ($K_i=1,67$) и искусственных абортах 4 и более в анамнезе у повторнобеременных, при интервале между родами до 2 лет ($K_i=1,74$), а также у женщин со средним и начальным образованием ($K_i=1,69$ и $1,78$ соответственно).

5. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих обусловлены высокой внебрачной рождаемостью, незавершенностью образования, отсутствием навыков здорового образа жизни, низкой профессиональной подготовленностью, отсутствием культурного потенциала по отношению к собственному здоровью, недостаточной медико-санитарной грамотностью, а также высоким уровнем заболеваемости и характером многофакторной патологии;

6. Результаты комплексного социально-гигиенического изучения группы первородящих женщин в возрасте старше 30 лет показали, что наряду с ведущим биологическим фактором риска, которым является возраст, большую роль играют такие факторы, как позднее вступление в первый брак, позднее начало половой жизни, высокая частота аборт, неблагополучное семейное положение и недостаточное общее образование.

7. Несмотря на то, что в популяции рожениц городской и сельской местности преобладают повторнородящие женщины, в городской когорте умерших преобладают первородящие, а в сельской местности многорожавшие ($p<0,001$). Это свидетельствует о значительном влиянии на уровень материнской смертности в регионе такого фактора риска как паритет родов.

8. Разработанная модель социально-гигиенического мониторинга здоровья женщин фертильного возраста и состояния материнской смертности,

организационной формой которой должен стать кабинет медико-социальной профилактики материнской заболеваемости и смертности, наиболее оптимально отвечает современным требованиям, предъявляемым к организации акушерско-гинекологической помощи и охране материнства в Южном регионе республики.

Практические рекомендации:

1. Для улучшения качества и доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению в сельских районах считаем необходимым внедрение в работу службы медико-организационных технологий, способствующих приближению акушерской и специализированной акушерско-гинекологической помощи населению. Внедрение новых форм работы в сельских районах следует проводить с учетом численности женского населения, кадрового потенциала, материальной базы и радиуса обслуживания.

2. На современном этапе функционирования здравоохранения следует использовать ресурсосберегающие технологии, позволяющие повысить медицинскую и экономическую эффективность (ускоренное обследование и краткосрочное специализированное лечение беременных высокого риска, проживающих в отдаленных от областных перинатальных центров населенных пунктах): стационарозамещающие виды помощи, скрининговый стационар, оснащенные диагностическими и лабораторными комплексами и обеспеченные высококвалифицированными врачебными кадрами.

3. В целях своевременного оказания специализированных видов медицинской помощи жительницам села рекомендуется создание корпоративных территориальных медицинских центров, позволяющих приблизить специализированную медицинскую помощь женщинам при сохранении ее этапности.

4. При разработке комплексных программ охраны репродуктивного здоровья и снижения материнской смертности необходим межведомственный подход с внедрением программы координационных мероприятий между ЛПУ и службой социальной помощи семье.

5. В женских консультациях рекомендуется открытие кабинетов медико-социальной профилактики материнской заболеваемости и смертности, определив его основной задачей – организацию системы медико-социального мониторинга состояния здоровья беременных, рожениц и родильниц с выявлением основных факторов риска материнской смертности.

6. Повысить качество медико-санитарной помощи и эффективность профилактических мероприятий путем внедрения акушерско-терапевтически-педиатрических комплексов при развитии общеврачебной семейной медицины.

7. Следует изменить систему контроля качества оказания медицинских услуг, перейти к оценке качества всех видов оказываемых услуг, а не только конечного результата в виде материнской смертности. Для этого необходимо внедрить систему менеджмента качества. При оценке качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, об эффективности внедрения новых технологий наряду с показателями материнской смертности рекомендуется использовать СМК ИСО 9001, предполагающую ориентацию на удовлетворение потребностей потребителей медицинских услуг и анализ результатов работы каждого этапа и процесса оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам.

8. На региональном уровне рекомендуется создать аналитический центр из специалистов, в задачи которых будет входить анализ работы женских консультаций и учреждений родовспоможения с использованием процессного и системного подходов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Журнальные статьи:

1. Малгаждарова Б.С., Махашева А.Б. и др. Актуальные аспекты бактериального вагиноза //Вестник Южно-Казахстанской государственной медицинской академии. - Шымкент, 2002. - №10-11. - С.63-66.
2. Анартаева М.У. Роль социально-гигиенических факторов, влияющих на репродуктивное здоровье женщин Южно-Казахстанской области //Медицинский журнал Казахстана. – 2004. - №1. - С.7-9.
3. Анартаева М.У. Организация медицинской помощи женщинам по программам добровольного медицинского страхования //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - №3. - С.39-41.
4. Анартаева М.У. Социально-гигиенические факторы и здоровье женщин Южно-Казахстанской области по данным социологических исследований //Сборник «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». – Алматы. – 2003. - С.25-27.
5. Анартаева М.У., Аринова А.Б., Абдиханова Г.А., Кошанбаева Т.Б., Грабчак В.К. Исход околопотери при позднем гестозе //Сборник «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». – Алматы. – 2003. - С.29-31.
6. Анартаева М.У. Образование матери, как один из социальных факторов, влияющих на материнскую заболеваемость //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2003. - №15. - С.173-175.
7. Анартаева М.У., Акбердиева Г., Радько В.И., Джунусова Р.К., Шунаева О.Б. К проблеме невынашивания беременности //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2004. - №16-17. - С.52-54.

8. Анартаева М.У., Абдукасымова Э.А., Акбердиева Г.У., Байбосын М.А. Анализ материнской смертности в Южно-Казахстанской области // Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2004. - №16-17. - С.37-39.
9. Анартаева М.У., Джунусова Р., Изотова Г.М. Ультразвуковая диагностика синдрома задержки внутриутробного развития плода // Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2004. - №16-17. - С.44-47.
10. Анартаева М.У., Нартаева М.М., Малгаждарова Б.С. Перименопауза и многорожавшие // Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2004. - №16-17. - С.180-182.
11. Анартаева М.У., Нартаева М.М., Малгаждарова Б.С. Течение периода перименопаузы у многорожавших // Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2004. - №16-17. - С.180-182.
12. Анартаева М.У. Методология и концептуальные подходы к охране здоровья беременных женщин в современных условиях // Медицинский журнал Казахстана. – 2004. - №1. - С.92-94.
13. Анартаева М.У. Динамика операции кесарево сечение в ЮКО // Наука и образование Южного Казахстана. – Шымкент. – 2004. - №3. - С.126-128.
14. Анартаева М.У. Анемия у беременных ЮКО // Медицинский журнал Казахстана. – 2004. - №2-3. - С.69-72.
15. Анартаева М.У. Влияние медико-социальных факторов на показатель материнской смертности // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. - Санкт-Петербург. – 2004. - №4(5). - С.211-212.
16. Анартаева М.У. Некоторые аспекты операции кесарево сечение // Поиск. – 2004. - №4. - С.71-75.
17. Анартаева М.У. Частота и структура показаний к кесареву сечению // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2004. - №32. - С.59-61.
18. Анартаева М.У., Хайдарова Т.С., Егизбаев М.К. Профилактика заболеваний и охрана здоровья работающего населения по программе добровольного медицинского страхования // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2004. - №32. - С.61-64.
19. Анартаева М.У., Акбердиева Г.У. Роды после кесарево сечения // Денсаулық. – 2004. - №10. - С.28-29.
20. Анартаева М.У., Есенгалиева К.К. Анализ показателя мертворождаемости в ЮКО // Вестник ЮКГМА (юбилейный). – 2004. - №20-21. - С.145-147.
21. Анартаева М.У., Нартаева М.М., Радько В.И., Джунусова Р.К., Абдукасымова Э.А. Особенности течения периода перименопаузы у многорожавших женщин // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2004. - №4. – С.38-39.
22. Анартаева М.У., Нартаева М.М., Доцанова А.М., Малгаждарова Б.С. и др. Витаминно-гормональная реабилитация многорожавших женщин в

- перименопаузальном периоде //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2005. - №1-2. - С.56-60.
23. Анартаева М.У., Бектурганов Р.С., Булешов М.А. и др. Оценка труда и здоровья женщин – работниц в различных отраслях производства //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2005. - №1-2. - С.111-113.
24. Анартаева М.У. Навыки репродуктивного поведения девушек //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2005. - №1-2. - С.152-154.
25. Анартаева М.У., Халикназарова Н.Т., Маметалиев М.А., Абдизов М.Г. Анализ случаев геморрагической болезни новорожденных //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2005. - №1-2. - С.207-208.
26. Анартаева М.У., Ибраев Т.И., Булешова А.М., Бектурганов Р.С., Тажибаева М.С. и др. Гигиенические особенности труда женщин-работниц основных профессий на предприятиях общественного питания и пути его оздоровления //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2005. - №4. - С.92-94.
27. Анартаева М.У., Ибраев Т.И., Булешова А.М., Бектурганов Р.С., Тажибаева М.С. и др. Научные основы организации профилактических мероприятий среди юных первородящих женщин //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2005. - №4. - С.97-98.
28. Анартаева М.У., Мукашева А.Ж. Характеристика причин материнской смертности в Южном регионе Республики Казахстан //Вестник ЮКГМА. – Шымкент. – 2006. - №6(32). - С.93-95.
29. Анартаева М.У. Оценка уровня осложнений по срокам беременности, приводящих к материнской смертности //Республиканский научный журнал «Наука и образование». – Шымкент. – 2006. - №4(53). - С.111-115.

Статьи и тезисы в сборниках научных трудов:

30. Анартаева М.У., Изтлеуова Р.А. Использование растительных пектиносодержащих продуктов и лекарственных трав в профилактике свинцовой интоксикации //Сб.тезисов научной конференции студентов медвузов РК. – Актобе. – 2000. – С.14.
31. Анартаева М.У. Влияние свинца и его соединений на течение беременности //Клиникалық және теориялық медицинасының көкейкесті проблемалары. Халықаралық ғылыми еңбектер жинағы, Түркістан. – 2000. - С.71-73.
32. Анартаева М.У., Шарипов К.О., Юлдашев А.Ю., Жумашев С.Н. Антиоксидантный эффект биоластилина при хронической свинцовой интоксикации //проф. А.Т.Оқилов таваллудининг 70 йиллигига бағишланган «Тиббий-биологик фанлар ва тиббиёт гинетикасининг долзарб масалалар», илимий-амалий анжумани мақолалари тўпламию - Ташкент, 2000. - С.276-278.
33. Анартаева М.У., Шарипов К.О., Джунусова Р.К. Экстрагенитальная патология при производственном воздействии свинца //Материалы II

региональной научно-методической конференции «Проблемы науки и образования». - Тараз, 2000. – С.29.

34. Анартаева М.У. Неблагоприятные факторы окружающей среды и их влияние на женский организм //Труды международной научно-практической конференции «Ауезовские чтения-3». - Шымкент, 2002. - С.133-135.

35. Анартаева М.У. Факторы, влияющие на здоровье женщин Южно-Казахстанской области // Международная научно-практическая конференция «Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан». - Алматы, 2003. - С.9-11.

36. Анартаева М.У. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в Южном регионе Казахстана //Материалы II международной научно-практической конференции «Сучасні наукові дослідження - 2006», Т.12, Медицина, Днепропетровск: Наука і освіта. – 2006. - С.95-97

Методические рекомендации:

37. Анартаева М.У., Радько В.И. Гестоз (патогенез, симптомы, лечение) - Методические рекомендации. – Шымкент. – 2002. – 21 с.

38. Анартаева М.У. Методика анализа материнской заболеваемости и смертности - Методические рекомендации. - Шымкент.– 2004. - 49 с.

39. Анартаева М.У. Методика анализа качества медицинского обеспечения беременных женщин - Методические рекомендации. - Шымкент. –2004.-26 с.

40. Малгаждарова Б.С., Анартаева М.У., Даниярова А.Ж. и соавт. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - Методические рекомендации. - Шымкент.- 2004. – 170 с.

Патенты, изобретения:

41. Анартаева М.У., Нартаева М.М., Дущанова А.М. Способ реабилитации многорожавших женщин в период менопаузы // Предварительный патент на изобретение //РГКП «Национальный институт интеллектуальной собственности» - Астана. - 2005.

42. Анартаева М.У. Организационное обеспечение мониторинга медико-социальных и профессиональных факторов риска материнской смертности на базе женских консультаций - Комитет интеллектуальной собственности (КИС). – Астана (февраль, 2006).

43. Анартаева М.У. Принципы организации акушерско-гинекологической помощи в сельских районах Южно-Казахстанской области //КИС, Астана (февраль, 2006). – 2006.

44. Анартаева М.У. Медико-социальные аспекты охраны здоровья семьи //КИС, Астана (февраль, 2006). – 2006.

Тиббиёт фанлари доктори илмий даражасига талабгор Анартаева М.У. нинг 14.00.33 – жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш ихтисослиги бўйича “Қозоғистон Республикасининг Жанубий минтақасида оналар ўлимини камайтириш бўйича замонавий тиббий-ташқилий технологияларни илмий асослаш” мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: оналар ўлими, ижтимоий-гигиеник мониторинг, прогноз, хавф омиллари, соматик омиллар, тиббий омиллар, экология, турмуш тарзи, оилавий аҳвол, санитария саводхонлиги.

Тадқиқот объектлари: оналикни ҳимоя қилиш муассасаларининг, шу жумладан туғруқхоналар ва ФХДЁ бўлимларининг оналар ўлими ҳолатлари туғрисидаги статистик маълумотлари, туғиш ёшидаги аёлларнинг ижтимоий сўров анкеталари.

Ишнинг мақсади. Қозоғистон Республикасининг Жанубий минтақасида юқори даражадаги оналар ўлимини камайтиришга йўналтирилган тиббий-ташқилий тадбирлар тизимини илмий асослаш.

Тадқиқот усули: ижтимоий-гигиеник, тиббий-статистик, ижтимоий, математик моделни тузиш ва прогнозлаш услублари.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги. Оналар ўлими ҳолатлари кўрсаткичи динамикасидаги ўсиш ва асосий сабаблар структураси баҳоланди. Ҳомиладорлик, туғиш, туғишдан кейинги асоратлар сабабли ўлган аёлларнинг тиббий-ижтимоий статуси аниқланди; минтақа ҳомиладор аёллари саломатлиги комплекс баҳоланди ва турли ижтимоий-гигиеник омиллар сабабли оналар ўлимини эҳтимолий баҳолаш ўтказилди, оналар ўлими хавфи юқори даражада бўлган аёллар гуруҳига илмий-асосланган тавсиф берилди ва ҳомиладорлик муддатлари бўйича асосратлар даражаси баҳоланди; оналар ўлимининг ижтимоий-гигиеник модели ишлаб чиқилди.

Амалий аҳамияти. Соғлиқни сақлаш амалиётига қишлоқ туманларида акушерлик-гинекологик хизматни ташкил этиш принциплари, шунингдек минтақа аёллар консултацияларида мониторингнинг ташкиллаштирилган таъминоти модели жорий этилган, бу эса мамлакатда демографик жараёнларни яхшилаш, туғилишни кўпайтириш, туғиш ёшидаги аёллар касалланиши ва ўлим ҳолатларини камайтириш ва давлат демографик сиёсати Дастурини амалга оширишда ёрдам беради.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги. Тадқиқот натижалари ЖҚО, Жамбул ва Қизил Орда вилоятлари тиббий ташкилотлари амалиётларига тадбиқ этилган, соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш дастурига акушерлик-гинекологик хизматни ресурс таъминлашни мустақамлаш бўйича таклифлар ва ташқилий тадбирлар киритилган. Услубий тавсиялар Жанубий минтақа соғлиқни сақлаш Департаментлари фаолиятига жорий этилган. Диссертация ишининг асосий мазмун ва хулосалари ЖҚДавТИ, ҚДТА қошидаги акушерлик-гинекологик хизмат ташкилотчилари МОФ циклларидаги ўқув дастурларига киритилган.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: соғлиқни сақлашни ташкиллаштириш, акушерлик ва гинекология, педиатрия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Анартаевой М.У. на тему: «Научное обоснование современных медико-организационных технологий по снижению материнской смертности в Южном регионе Республики Казахстан», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: материнская смертность, социально-гигиенический мониторинг, прогноз, факторы риска, соматические факторы, медицинские факторы, экология, образ жизни, семейное положение, санитарная грамотность.

Объекты исследования: статистические данные учреждений охраны материнства, в том числе родильных домов и ЗАГСов о случаях материнской смертности, анкеты социологического опроса женщин фертильного возраста.

Цель работы. Научное обоснование системы медико-организационных мероприятий, направленных на снижение высокого уровня материнской смертности в Южном регионе Республики Казахстан.

Методы исследования: социально-гигиенический, медико-статистический, социологический, математическое моделирование и прогнозирование.

Полученные результаты и их новизна. Дана оценка тенденции в динамике показателя материнской смертности и структуры основных ее причин. Определен медико-социальный статус умерших женщин в связи с беременностью, родами и послеродовыми осложнениями; дана комплексная оценка здоровью беременных женщин региона и проведена вероятностная оценка материнской смертности при различных социально-гигиенических факторах; дана научно-обоснованная характеристика групп женщин с повышенным уровнем материнской смертности и оценен уровень осложнений по срокам беременности; разработана модель социально-гигиенического мониторинга материнской смертности.

Практическая значимость. В практику здравоохранения внедрены принципы организации акушерско-гинекологической помощи в сельских районах, а также модель организационного обеспечения мониторинга в женских консультациях региона, которые будут способствовать улучшению демографических процессов в стране, увеличению рождаемости, снижению заболеваемости и смертности женщин репродуктивного возраста и практической реализации Программы демографической политики государства.

Степень внедрения и экономическая эффективность. Результаты исследования внедрены в практику медицинских организаций ЮКО, Жамбылской и Кызыл-ординской областей, в программу реформирования здравоохранения включены предложения и организационные мероприятия по укреплению ресурсного обеспечения акушерско-гинекологической службы. Методические рекомендации внедрены в деятельность Департаментов здравоохранения Южных регионов. Основные положения и выводы диссертации включены в учебные программы циклов ФПК при ЮКТМА, КГМА для организаторов акушерско-гинекологической службы.

Область применения: организация здравоохранения, акушерство и гинекология, педиатрия.

RESUME

Thesis of Anartaeva M.U. on the scientific degree competition of Doctor of Medical sciences in 14.00.33 - Public Health "Scientific Substantiation of modern medical-organizational technology on decreasing mother's mortality in southern region of Republic of Kazakhstan"

Key words: mother's mortality, social-hygienic monitoring, forecast, risk factors, somatic factors, medical factors, ecology, style of life, marital status, sanitary competence.

Subjects of the inquiry: statistical data of maternity protection establishment, including maternity homes and registry offices notes about cases of maternal mortality and inquiry of fertile age women.

Aim of the inquiry. A scientific substantiation of system of medico-organizational measures, directed on decrease of high level mother's mortality in the southern region of Republic of Kazakhstan.

Methods of inquiry: social-hygienic, medico-statistical, sociological, mathematical modeling and forecasting.

The results achieved and their novelty. The estimation of the tendency in dynamics of mother's mortality parameter in the southern region of Kazakhstan and structure of its basic reasons are given. The medico-social status of the died woman is determined in connection with pregnancy, labor and post labor complications; The complex estimation of health for pregnant women of region is given depending on the basis social-hygienic factors of the life style is given. The probable estimation of mother's mortality is carried out at the various social-hygienic factors. The scientifically proved characteristic of groups with the raised level of mother's mortality is given and the level complication on terms of pregnancy resulting in mother's mortality is evaluated; The model of social-hygienic monitoring of mother's mortality is developed.

Practical value. The new organizational model of revealing and monitoring of EGD at the pregnant women and women in fertile age in conditions of screening in one-day in patient departments is developed and introduced in CRH and RPC. The model-new methodological approach of qualified management of obstetric-gynecological service at a level of region focused on satisfaction of the consumers needs in obstetric-gynecological help is developed and offered in regions.

Degree of embed and economic effectivity. The program's developed as the methodical recommendation, on preventive maintenance and monitoring of mother's mortality are introduced into activity of Departments of public health services of the southern regions. The basic rules and conclusions of the dissertation are switched on in the Educational programs of cycles FIQ by SKSMA, KSMA for the organizers obstetric-gynecological services. The basis of the new methodological approaches and offered organizational models are made out as three certificates on the intellectual property.

Sphere of usage: organization of public health services, obstetric and gynecology, pediatrics.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АФ	- аппроксимирующая функция
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВТО	- Всемирная торговая организация
КГМА	- Карагандинская государственная медицинская академия
КТМЦ	-корпоративный территориальный медицинский центр
ЛПУ	- лечебно-профилактические учреждения
ОМД	- охрана материнства и детства
ОПЦ	- областной перинатальный центр
ССГМ	- система социально-гигиенического мониторинга
ФАП	- фельдшерско-акушерский пункт
ФПК	- факультет повышения квалификации
ЦРБ	- центральная районная больница
ЭГЗ	- экстрагенитальные заболевания
ЮКГМА	- Южно-Казахстанская государственная медицинская Академия