

Ж. Орынбасарова, Е.С. Утеулиев, Т.В. Попова  
«ҚДСЖМ» Қазақстандық Медициналық Университеті

**КАРДИОХИРУРГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ НЕОНАТОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯЛАРЫ БАР 1 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР ӨЛІМІН АЗАЙТУ ЖОЛДАРЫ  
(АЛМАТЫ ОБЛЫСТЫҚ БАЛАЛАР КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА)  
(ӘДБИ ШОЛУ)**

Әрбір мемлекеттің және денсаулық сақтау ұйымдарының ана мен баланы қорғау ұлттық саясатының басым бөлігі болып табылады. мен бала денсаулығының көрсеткіштері өзара тығыз байланыста екендігін және де қоғамның әлеуметтік-экономикалық дамуының басты сезімтал индикаторлары болып табылатынын айта кету керек. Ана және баланы қорғау – қоғамның өндірістік және қоғамдық өміріне араласуға мен әйелдерге ана болу және бала тәрбиесіне белсенді араласуға мүмкіндік беретін ана мен бала денсаулығын қорғауға бағытталған мемлекеттік және қоғамдық шаралар жүйесі. Ана мен баланы қорғау жүйесінің медико-әлеуметтік маңызы оның әйелдер денсаулығын сақтау, ананың, баланың, перинаталды өлім көрсеткішін, өлім көрсеткішін, пренаталды кезеңнен бастап, ерте балалық шаққа және физикалық мықты жас ұрпақта физикалық және рухани күштерінің үйлесімді дамуын тәрбиелеугі орасан зор рөлімен анықталады. Соңғы онжылдықта балалардың денсаулық жағдайларында тұрақты кері әрекеттер үрдісі қалыптасты яғни ол дегеніміз денсаулыққа кері әсер ететін қауіп факторларының өсуі 1 жасқа дейінгі балалар арасындағы нәрестелік өлім көрсеткішіне әкеп соғады. [1]. Мұндай жағдайларда педиатрия ғылымында, инновациялық технологиялар балалардың емі мен профилактикасының сапасын жақсартуда басты факторлары болып табылатын маңызды рөл атқарады.

**Түйінді сөздер:** патология, кардиология, нәресте, өлім-жітім, нәтиже

**Өзектілігі:** Нәрестелік өлім-жітім (НӨ) – өмірінің бірінші жылындағы нәрестелердің өлімі, Біріккен Ұлттар Ұйымының ережелеріне сәйкес, әлеуметтік-демографиялық өсімнің және халықтың әлеуметтік деңгейін айқын сипаттайтын сонымен қатар ұлттық денсаулық сақтау жүйесі жағдайының негізгі көрсеткіші болып табылады. Берілген көрсеткіш мемлекеттің даму деңгейін салыстыру ретінде қолданылады және ол денсаулық сақтау жүйесінің дамуын көрсетеді. [2].

Заманауи әлеуметтік-экономикалық жағдайларда ананың репродуктивті денсаулығын, ұрықтың және жаңа туылған шараның жағдайын зерттеу денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің басым бағыттарының бірі болып табылады. [3-4].

Нәрестелік өлім-жітімнің орташа көрсеткіші Европалық одаққа мүше мемлекеттер үшін 2010 жылы 1000 тірі туылғандарға шаққанда 4,7% құрады. АҚШ-та нәрестелік өлім көрсеткіші 6-8‰, Қытайда – 21‰, Иракта – 88‰, Орталық Африка елдерінде – 113‰, Ауғанстанда – 165‰ құрайды.[5].

Нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші Ресей Федерациясында 2006 жылы 1000 тірі туылған нәрестелерге шаққанда 10,2 жағдайды, ал 2011 жылы 1000 тірі туылған нәрестелерге шаққанда 7,4 жағдайды құрады. Дегенмен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынған тірі туылғандар сипаттамаларына өтуіне байланысты 2012 жылы бұл көрсеткіш 8,2 жағдайды құрады. 2013 жылы 10 айдың қорытындысы ретінде 1000 тірі туылған нәрестелерге шаққанда 8,2 жағдайға нәрестелік өлім-жітімнің немесе 2006 жылғы деңгейдің 24 пайызға азайғандығы белгілі болды. Шығыс Европа елдерінде нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші айтарлықтай төмен. Мәселен, Германияда бұл көрсеткіш 2010 жылы 1000 тірі туылған нәрестелерге шаққанда 3,5, Францияда – 4,1, Ұлыбританияда – 5, Бельгияда – 3,5 және Австрияда – 3,9 жағдайды құрады. [6,7].

Ресейде 2014 жылы нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші мың тірі туылған нәрестелерге шаққанда 7,4 жағдайды, ал 2013 жылы – 8,2 жағдайды құрады. 2015 жылы ақпандағы нәтижелер бойынша нәрестелік өлім-жітім деңгейі 6,5 дейін төмендеді. 2016 жылдың бірінші жартысында нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші мың тірі туылған нәрестелерге шаққанда 6,1 шетінегендерге жетті. Бұл көрсеткіш 2012 жылы 8,6 және 2014 жылы 7,4 теңескен. 10 айда 2016 жылы мың тірі туылған нәрестелерге шаққанда нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші 5,9 жетті. 2015 жылы аналар өлімі де 6,5% айтарлықтай төмендеді.

Осы орайда, Ресейде нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші Европа елдеріне қарағанда мың тірі туылған нәрестелерге шаққанда – 5,9 құрады, ал Евроаймақ елдерінде ол көрсеткіш мың балаға шаққанда 6,5-6,6, Америкада – 6,6 құрады. [8].

Сарапшылардың пайымдауынша, Украинада нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші 2005-2012 жылдары айтарлықтай төмендеген. (мың тірі туылғандарға шаққанда 10,0 - 7,8 дейін) ол босандыру жүргізу технологияларының жақсаруымен, нәресте жағдайын жатыршылық және неонаталды кезеңде бақылау сонымен қатар медициналық көмек көрсету технологияларының және шала туылған балаларға интенсивті терапияның дамуымен байланысты. Бағдарлама ішінара мемлекетпен және қайырымдылық қорларымен қаржыландырылады. Сонымен қатар, қалыптасқан оң үрдістер қол жеткізген нәтижелерге қанағаттануға негіз бермейді – ортаукраиналық нәрестелік өлім-жітім көрсеткіші европалық мағұлматтардан айтарлықтай асып түседі (мың тірі туылғандарға шаққанда 3,5-4,5) және Белорусия ақпараттары бойынша бұл көрсеткіш 2012 жылы мың тірі туылғандарға шаққанда 3,4 құрады (Украинаға қарағанда 2,3 есе кем) [9].

Бірқатар елдердің сарапшылары неонаталды өлім-жітімнің үш басты себептерін көрсетті: шала туушылық, туа біткен даму ақаулары және асфиксия [10]. Дамушы елдерде неонаталды өлім-жітім 86% жағдайда инфекцияның нәтижесінен (оның ішінде 36% ауыр түрінен яғни сепсис, сіреспе, пневмония, диарея), ал 23% - асфиксиядан, 27% - мерзімінен бұрын босанудан болады. Ұлыбританияда нәресте өлімінің жетекші себептері болып табылады: нәрестенің жетілмеуі - 47%, туа біткен даму ақаулары - 23%, инфекциялар 10,5% жағдайды құрайды [11]. Австралияда 95% нәрестелік өлім-жетімнің екі себебі бар: 64% - перинаталды кезеңдегі жағдайы және 31% - туа біткен даму ақаулықтары [12].

Осылайша, нәрестелік өлім-жітімнің басты себептері, мерзімінен бұрын босануға, жатыршылық туа біткен даму ақаулықтарына, тыныс алудың ауыр интранаталды бұзылыстарына, жатыршылық инфекцияларға, туа біткен пневмонияға, асфиксияға негізделеді. 2009 жыл мен 2015 жылдар аралығында 32% постнеонаталды кезеңде нәрестелер өлімінің көрсеткіші айтарлықтай төмендеді (5,4‰ тен 3,7‰ дейін). Осы ретте, шығындардың үлесі 28-365 күн өмір құрылымында бір жасқа дейінгі шетінеген нәрестелер 2009 жылы 31,8% ал 2015 жылы 38,1% дейін өсті[13-15].

Перинаталды өлім көрсеткішінің шамасы акушерлік стационардың материалды-техникалық жабдықталуына және ұрықты антенаталды қорғау әдістеріне белгілі бір мөлшерде тәуелді [16]. Қазақстанның барлық аймақтарында дерлік бағыттау және аймақтандыру карталары жұмыс жасамайды. соматикалық және де акушерлік патологиясы бар сонымен қатар жаңа туған және де ауыр перинаталды патологияны бастан кешірген жүкті әйелдерді «бағыттаудың» қатаң бақыланбауы. Жүкті әйелдердегі қауіп дәрежесін жетік бағаламау, босанатын орнын уақтылы белгілеу, пренаталды скринингтің толық қамтылмауы мен сапасының төмендігі, экстрагениталды аурулардың жоғары деңгейі себептері болып табылатын, бұл жағдайлардың барлығы акушерлік-гинекологиялық қызметтің жеткіліксіз деңгейде жұмыс жасауын көрсетеді. "қабылдаушы" және "жіберетін" госпиталь бас дәрігерлерінің жеке жауапкершіліктері, сол уақытта және жаңа туылған нәрестелер мен бір жасқа дейінгі балаларды тасымалдаудың «сапасы» маңызды. [17-19].

Аймақтандыру ұстандарын бұзылыстарын дәлелдейтін жайт, перинаталды көмектің I және II деңгейлерінде төтенше төмен дене салмағымен туылған нәрестелер санының өсуі [20].

Туа біткен жүрек ақаулары әр түрлі авторлардың айтуы бойынша 0,7-1,7% жаңа туылған нәрестелерде анықталады. ДДҰ мәліметтері бойынша елдердегі медицина жағдайына тәуелсіз, туа біткен жүрек ақаулары 1% жаңа туылған нәрестелерде кездеседі. ТЖА анықтау жиілігі 1000 тірі туылғандарға шаққанда үлкен алшақтықпен 2,4–14,15 арасында құбылып отырады. Қазақстанда жыл сайын 3000 нәстеге жуық ТЖА туылады, оның 80% бір жасқа дейін, алғашқы аптасында - 20% дейін, бірінші айында - 27% дейін шетінеп кетеді жыл сайын осы патологиямен туылатын балалар саны мен анықтау пайызы артуда [21].

Жүрек-қантамыр аурулары қазіргі таңда, балалар аурушандығы мен өлімінің басым себептерінің бірі болып табылады. Бір жасқа дейінгі және жаңа туылған нәрестелердің кардиоваскулярлы патологиясы құрылымында 65–70 % туа біткен жүрек ақаулары алады (арықарай ТЖА). Европада ТЖА жиілігі 1000 тірі туылғандарға шаққанда 6,6 құрайды [22].

ТЖА және магистралды тамырлар аномалиясынан қайтыс болғандардың жастық құрылымының 91% бір жасқа дейінгі балалар құрайды. Оның ішінде 50% жуық 28 күнге дейін өмір сүретін нәрестелер (неонаталды кезең). ТЖА барлық түріне тән табиғи өлімнің 40% жуығы бір жыл ішінде, ал 70% өмірінің бірінші айын қамтиды. Ол дегеніміз бала өмірінің бірінші жылында уақытылы кардиохирургиялық көмек көрсетудің және өлім көрсеткішін төмендету үшін ТЖА анықтаудың маңызы зор екендігін көрсетеді [23].

Балада туылғаннан кейін ТЖА күдік туғанда 2 сұрақты шешу керек:

1. Жүректің туа біткен ақауларының бар екендігіне көз жеткізу және оны түрін диагностикалау.

2. Отаға көрсеткіштер мен жүргізу тактикасын анықтау.

Келесі кезең хирургиялық емнің қажеттілігі мен кідірмеуі сонымен қатар хирургиялық тактиканың таңдалуы: түбегейлі түзету немесе паллиативті араласуға қатысты сұрақтарды шешу болып табылады.

Бұл сұрақтарды шешудің маңыздылығы қандай? Жүректің туа біткен ақауларымен туылған балалардың бір бөлігінде ерте уақытта өміріне қауіп төндірмейді. Ал жүректің туа біткен ақауларымен туылғандардың келесі бөлігі «нәрестелік кезеңінде туа біткен жүрек ақаулары өте қиын» болып табылады яғни ол ақаулар кезінде науқастар өмірінің бірінші жылына жетпей өледі, ал ондай балалардың 1/3 туылғаннан кейінгі алғашқы күндерінде немесе аптасында шетінейді. Ондай науқастарға шұғыл білікті көмек керек [43]. Осыған орай, нәрестерлік өлім-жітім көрсеткішінің деңгейіне туа біткен жүрек ақауларының қосар үлесі зор, ТЖА бар нәрестелерді сонымен қатар жаңа туылғандар мен мезгілінен ерте туылған нәрестелерді де, өмірінің алғашқы күнінен бастап бақылау, ал емдік-диагностикалық алгоритмдердің алғы ұстандары болып кезеңдік, біліктілік, өзара түсіністік және нақты ұйымдастыру табылады.

#### ӘДЕИБЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Информация МЗ и СР РК О показателях младенческой смертности //zakon.kz. 5.05.2016. 1 с.
- 2 Григорян Г.А. Пути снижения летальности при сочетанной черепно-мозговой травме: автореф. Дис. ... канд. Мед. Наук - СПб., 2010. - 27 с.
- 3 Саткымбаева А.О. Методы хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей первого года жизни // Медицина. - 2015. - №1. - С. 1-2.
- 4 Божбанбаева Н.С., Абдуллаева Г.М., Байгазиева Г.Ж. Перинатальные факторы риска фетоинфантильных потерь // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - Алматы: 2012. - №3. - С. 39-43.
- 5 Солдатова И.Г. Оптимизация оказания медицинской помощи детям с неонатологическими инфекциями: автореф. Дис. ... д-р.мед.наук - М., 2011. - 51 с.
- 6 Зелинская Д. И., Терлецкая Р.Н. Больничная летальность среди детей первого года жизни в РФ и перспективы ее снижения // Вопросы современной педиатрии. - 2007. - №6. - С. 41-49.
- 7 Щепин О.П., Овчаров В.К. Опыт развития первичной медицинской помощи в РФ и за рубежом // Здравоохранение Российской Федерации. - 2001. - №5. - С. 3-6.
- 8 Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. - М.: 2008. - 560 с.
- 9 Ормантаев К.С., Хабижанов Б.Х., Машкеев А.К. Педиатрия и детская хирургия // Нац. доклад Академии наук РК. - 2011. - №2. - С.60-72.
- 10 Ормантаев К.С. Стратегия развития детской хирургии в Казахстане // Доклад на 10-Конгрессе педиатров тюркского мира. - Астана: 2010. - С. 12-19.
- 11 Хабижанов Б.Х. Проблемы детской кардиологии и ревматологии в Казахстане // Доклад на 10-Конгрессе педиатров тюркского мира. - Астана: 2010. - С.10-15.
- 12 Информация МЗ и СР РК. О показателях младенческой смертности //zakon.kz. 5.05.2016. 1 с.
- 13 Григорян Г.А. Пути снижения летальности при сочетанной черепно-мозговой травме: автореф. Дис. ... канд.мед.наук - СПб., 2010. - 27с.
- 14 Кваша Е.А. Младенческая смертность в России // Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека института народохозяйственного прогнозирования РАН. - 2001. - № 57.-С.31-35.
- 15 Баранов А.А. Смертность детского населения в России (тенденции, причины и пути снижения): монография - М.: Изд-во Союза педиатров России, 2009. - 387 с.
- 16 Мокринская Е.А. Клинико-социальные аспекты управления перинатальными потерями в женской консультации: автореф. дис. ... канд. мед. наук - Челябинск, 2005. - 22 с.
- 17 World Health Statistics 2006 - World Health Organization, 2010. - P. 78.
- 18 Ежегодный статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» 2003-2014 гг., www.stat.gov.kz

**Ж. Орынбасарова, Е.С. Утеулиев, Т.В. Попова**  
*Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»*

#### **ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ И НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПРИМЕРЕ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**Резюме:** Охрана материнства и детства – приоритетное направление национальной политики любого государства и здравоохранения. Необходимо подчеркнуть, что показатели здоровья женщин и детей, которые между собой тесно взаимосвязаны, являются наиболее чувствительными индикаторами социально-экономического развития общества. Охрана материнства и детства

- это система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка, позволяющих женщине совмещать материнство и воспитание детей с активным участием в производственной и общественной жизни общества.  
**Ключевые слова:** патология, кардиология, младенец, смертность, результаты.

**Zh. Orynbasarova, Y. Uteuliev, T. Popova**  
*Kazakhstan's Medical University "KSPH"*

**WAYS TO REDUCE THE MORTALITY OF CHILDREN UNDER 1 YEAR WITH CARDIOSURGICAL AND NEONATOLOGICAL  
PATHOLOGY BY THE EXAMPLE OF THE ALMATY REGIONAL CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL  
(LITERATURE REVIEW)**

**Resume:** Protection of motherhood and childhood is a priority direction of the national policy of any state and public health. It should be emphasized that the health indicators of women and children, which are closely interlinked between each other, are the most sensitive indicators of the social and economic development of the society. Protection of motherhood and childhood is a system of state and public events aimed at protecting the health of the mother and child that allow a woman to combine motherhood and the education of children with active participation in the productive and public life of society.

**Keywords:** pathology, cardiology, infant, mortality, results.