

Дж.М.Салливан и Н.К.Туреева

В данной главе представлена информация о смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Представленные коэффициенты смертности иллюстрируют уровни и тенденции смертности, и различия между отдельными группами населения. Коэффициенты смертности, о которых говорится в настоящей главе, определены следующим образом:

- Неонатальная смертность (НС): вероятность наступления смерти в течение первого месяца жизни.
- Постнеонатальная смертность (ПНС): арифметическая разница между младенческой и неонатальной смертностью.
- Младенческая смертность (${}_1q_0$): вероятность наступления смерти в период между рождением и до наступления одного года.
- Детская смертность (${}_4q_1$): вероятность наступления смерти в возрастном промежутке от года до пяти лет.
- Смертность до пяти лет (${}_5q_0$): вероятность наступления смерти в период с момента рождения до наступления пяти лет.

Все коэффициенты рассчитываются на 1000 живорожденных, за исключением детской смертности, которая рассчитывается на 1000 детей, доживших до первого года.

8.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДАННЫХ

В ИЗНУ 2002, респондентов просили сообщить об их репродуктивной истории в соответствии с международными критериями, принятыми Всемирной Организацией Здоровья (ВОЗ, 1993). К живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности гестационного срока, которые после разделения с матерью дышали или показывали любые признаки жизни: сердцебиение или наличие произвольных движений мускулатуры. Смерти младенцев- это смерти младенцев рожденных живыми до наступления одного года.

Уровни смертности оценивались по информации, собранной в индивидуальной анкете женщины. Этот раздел анкеты включает в себя историю беременностей, в которой задаются вопросы относительно каждой беременности, имевшей место в течение всей жизни женщины. Для каждого случая рождения живого ребенка у женщины выясняли месяц и год рождения, пол ребенка, статус выживания и настоящий возраст (настоящий возраст выживших детей и возраст ребёнка в момент наступления смерти).

Точность показателей смертности, полученных в ходе исследования, зависит от вариабильности выборки, а также от ошибок, не связанных с выборкой (т.е. от полноты и точности, с которой данные о родившихся и умерших были сообщены и записаны). Вариабильность выборки обсуждается в следующем разделе. В этом разделе мы используем ошибки, не связанные с выборкой.

При ретроспективном сборе данных, серьезным источником ошибок, не связанных с выборкой, является неполное информирование респондентами о случаях рождения и смерти детей, которые не выжили. (ООН 1982 год.). Подобное неполное информирование может привести к недооценке коэффициентов смертности. Чаще неполное информирование о случаях смерти

характерно при недоучете умерших детей в раннем младенчестве, т.е. в неонатальном периоде. Недоучет ранних неонатальных смертей может привести к ненормальному низкому соотношению неонатальной смертности к младенческой смертности. В ретроспективных исследованиях процент недоучтенных случаев ранней младенческой смертности обычно приходится на более отдаленные во времени случаи, чем на случаи произошедшие ближе к моменту проведения исследования. Таким образом, при учете не связанных с выборкой ошибок, соотношение неонатальной смертности к младенческой смертности рассматривается для разных предшествовавших исследованию временных периодов.

Показатели неонатальной и младенческой смертности, полученные в результате ИЗНУ за три периода времени, предшествовавших исследованию 2002 года (1988-1992, 1993-1997, и 1998-2002 г.г.), представлены в таблице 8.1. За те же периоды показано соотношение коэффициентов неонатальной к младенческой смертности ($HC/{}_1q_0$).

При уровне младенческой смертности между 50 и 60 на 1000 живорожденных (т.е. уровень младенческой смертности, выявленный в ходе ИЗНУ) в странах, обладающих полными и точными данными о смертности, указанное соотношение обычно находится в пределах 0,50 и 0,60¹. Исходя из этих показателей, значение соотношения $HC/{}_1q_0$, менее 0,50 предполагает недоучет случаев неонатальной смертности (и недооценку коэффициента младенческой смертности). Все показатели соотношения $HC/{}_1q_0$, представленные в таблице 8.1 (0,51; 0,53; и 0,55), превосходят 0,50. Соответственно, на основе проверки данного соотношения, можно сделать вывод об отсутствии недоучета неонатальной смертности в ИЗНУ 2002 года.

Следует отметить, что соотношение неонатальной к младенческой смертности в ИЗНУ 2002 года, и особенно показатели за 1993-1997 и 1998-2002 года (0,53 и 0,55) превосходят соотношение 0,46, относящееся к показателю младенческой смертности (${}_1q_0$), равному 49 на 1000 из 1996 ПМДУ (Institute of Obstetrics and Gynecology and Macro International Inc., 1997). Это предполагает неполный учет случаев неонатальной смерти в исследовании 1996 года, и то, что показатель в 49 на 1000 новорожденных был недооценкой коэффициента младенческой смертности.

Таблица 8.1 Смертность в раннем детстве.

Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой и детской смертности в течение пятилетних периодов, предшествовавших исследованию, Узбекистан 2002

Годы, предшествовавшие исследованию	Приблизительный календарный период	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность ¹ (ПНН)	Младенческая смертность (${}_1q_0$)	Отношение неонатальной смертности/младенческой смертности	Детская смертность (${}_4q_1$)	Смертность до пяти лет (${}_5q_0$)
0-4	1998-2002	33.9	27.8	61.7	0.55	12.3	73.3
5-9	1993-1997	33.8	30.3	64.1	0.53	13.4	76.6
10-14	1988-1992	26.5	25.2	51.7	0.51	10.7	61.9

¹ Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью.

8.2 УРОВНИ И ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самые последние показатели смертности, представленные в таблице 8.1, относятся к пятилетнему календарному периоду 1998-2002 гг. Показатель младенческой смертности за данный период оценивается 62 на 1000, с показателями неонатальной и постнеонатальной смертности в 34

¹ Примеры неонатальной и младенческой смертности для Венгрии (1955), Италии (1955), и Пуэрто-Рико (1957) (ООН, 1961) и для Португалии (1968) (ООН, 1975).

на 1000 и 28 на 1000, соответственно. Показатель детской смертности (от 1 года до 4 лет) оценивается на уровне 11 на 1000, и показатель смертности до пяти лет составил 73 на 1000.

Тенденции младенческой смертности для 3х-периодов, предшествовавших исследованию, составили 52 на 1000 (1988 – 1992 гг.), 64 на 1000 (1993– 1997 гг.), и 62 на 1000 (1998-2002 гг.), что предполагает отсутствие значительных изменений в смертности на последние 10 лет.

Уровень младенческой смертности за два недавних периода, выше уровня самого раннего периода, что может отражать недавний подъем в младенческой смертности. Однако, все 3 показателя лежат в пределах взаимных ошибок выборки (т.е. вариабельность возникает потому, что показатели основаны на выборке рождений, а не на всех рождениях, произошедших за определенные периоды времени). Таким образом, различия в показателях, также, могут скорее отражать ошибку выборки, чем действительный рост уровня смертности.² В дополнение, оценка самого раннего периода относится к ретроспективному периоду 10-14 лет перед исследованием, и ошибочное сообщение респондентами наиболее типично для более давних периодов, по сравнению с недавними периодами времени. В этих условиях следует сконцентрироваться на показателях за 10-летний период, предшествовавший исследованию. При этом подходе можно сделать вывод о том, что за последние 10 лет показатель младенческой смертности оставался, практически без изменений, на уровне 62 на 1000.

8.3 НЕДАВНИЕ ОЦЕНКИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ИЗ РАЗНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Последние данные о младенческой смертности в Узбекистане можно получить из трех общенациональных исследований: ИЗНУ 2002, MICS 2000, и ПМДУ 1996. Каждое из этих исследований использовало рекомендуемые ВОЗ определения живорождения и детской смерти.³

Показатели младенческой смертности также можно получить из данных Министерства Здравоохранения (МЗ). Показатели МЗ основаны на данных, собранных государственной регистрационной системой, полагающейся на факты регистрации событий местными должностными лицами, основываясь на протоколах, утвержденных в Советский период. Определение живорождения в этих протоколах, некоторым образом, отличается от таковых, принятых ВОЗ. Первое отличие заключается в том, что беременность, завершившаяся при сроке менее 28 недель (или при весе менее 1000 граммов, или росте менее 35 сантиметров) считалась недоношенной и классифицировалась как поздний выкидыш, даже если в момент родов присутствуют признаки жизни младенца, за исключением случаев выживания ребенка в течение семи дней. Только если ребенок выжил ранний неонатальный период, то рождение классифицируется как живорождение. Второе отличие относится к доношенным родам (беременности, завершившейся в гестационный период 28 недель или более). Рождение классифицируется как живорождение при наличии у ребенка дыхания в момент родов, и как мертворождение- при отсутствии видимого дыхания в момент родов (даже при наличии других

² Статистическая выборка, на основе которой рассчитывались показатели младенческой и детской смертности в ИЗНУ, была представлена на 5463 женщин и является субъектом вариабельности выборки. Наибольший интерес представляет доверительный интервал для показателя младенческой смертности в 95%. Доверительный интервал является очень широким в 12 пунктов на 1000, плюс и минус оценка младенческой смертности (см. Аппендикс В, Ошибки выборки). Таким образом, показатели оценки младенческой смертности (52, 64, и 62 на 1000) не являются точными, и действительный показатель за каждый период времени может быть выше или ниже на 12 пунктов.

³ В ИЗНУ 2002 и ПМДУ1996 использовались похожие методы сбора данных и технологии прямой оценки для расчета показателей младенческой смертности. В 2000 MICS использовали другую методологию сбора данных и оценки показателей. Показатели MICS основаны на сообщениях о пропорции умерших от детей, когда-либо родившихся у респондентов и включают в себя перевод этих пропорций в показатель смертности, эта процедура известна как “Brass Estimation Technique” (ЮНИСЕФ, 2001). Важным является то, что несмотря на различия в методологиях, использованных в исследованиях, все значения показателей младенческой смертности близки и намного превосходят таковые МЗ.

признаков жизни). Таким образом, некоторые случаи, классифицированные государственной регистрационной системой как выкидыши или мертворождения, будут отнесены к живорождениям и младенческим смертям, в соответствии с определением ВОЗ, используемым в трех исследованиях.

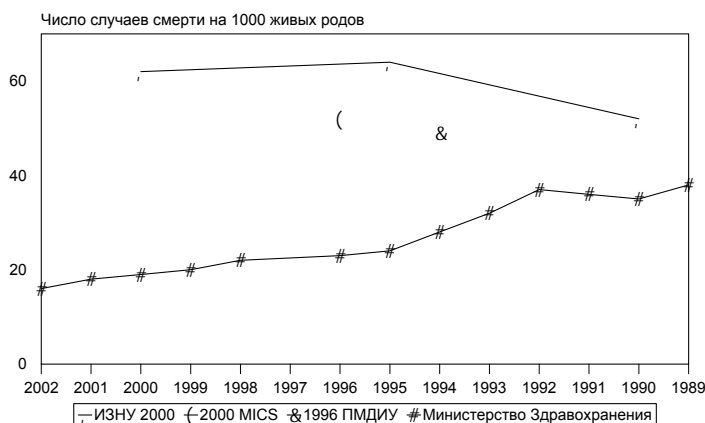
В дополнение к разнице в определениях, используемых в исследованиях и в регистрационной системе, методология сбора данных также отличается. Важно отметить, что во всех трех исследованиях информация о рождении и смерти ребенка исходит от матери. В противоположность этому, в регистрационных системах требуется, чтобы, или официальное лицо, или член семьи проявили инициативу регистрации наличия факта рождения и смерти умерших детей.

Показатели младенческой смертности по данным разных источников представлены в таблице 8.2 и на рисунке 8.1. Откуда видно, что данные трех исследований и данные из регистрационных систем указывают на различные уровни смертности. Показатели исследований значительно превышают таковые от МЗ в два-три раза. За самый недавний период (1998-2002 года) данные исследования в 62 на 1000, в три раза превысили данные Минздрава, равные 19 на 1000.

<u>Таблица 8.2 Показатели младенческой смертности по данным разных источников.</u>				
Последние данные по младенческой смертности из трех исследований (2002 ИЗНУ, 1996 ПМДУ, 2000 MICS) и данные Министерства Здравоохранения, в зависимости от периода времени, Узбекистан 1988-2002				
Календарный период	2002 ИЗНУ	2000 MICS	1996 ПМДУ	Министерство Здравоохранения
1998-2002	61.7			19.1
1993-1997	64.1	52 ^a		27.2
1992-1996			49.1	
1988-1992	52.2			37.6

^a Календарный период для MICS не был определен в отчете MICS. Может быть взят, как период 1993-1997 годов.
Источники: 2000 MICS (ЮНИСЕФ-ДЕТСКИЙ ФОНД ООН, 2001), Министерство Здравоохранения Узбекистана (WHO/EURO, 2003)

Рисунок 8.1 Показатели младенческой смертности по данным трех исследований и Министерства Здравоохранения



Имеется ряд причин для большего доверия оценкам МС по данным исследований, чем по данным МЗ. Во-первых, несколько исследований относительно смертности в республиках Центральной Азии в Советский период пришли к выводу, что регистрационные системы недоучитывали младенческую смертность; основанные на регистрационных системах показатели младенческой смертности имеют тенденцию быть заниженными⁴. Нет доказательства улучшения сбора данных относительно младенческой смертности через регистрационные системы после распада Советского Союза. Во-вторых, все три недавних обще-национальных исследования указывают на показатели младенческой смертности, значительно превышающие данные МЗ. В-третьих, существует большое количество подтверждения фактов того, что ошибки сообщения младенческой и детской смертности на основании исследований, обычно происходят в направлении недоучета умерших детей. Таким образом, показатели, полученные из исследований, должны рассматриваться в качестве минимальных. И, в-четвертых, результаты ИЗНУ 2002 близки к показателям из исследований в других странах с подобными системами здравоохранения; например: Казахстан (61.9 на 1000) и Кыргызстан (61.3 на 1000) (Sullivan and Themme, 2003).

8.4 РАЗЛИЧИЯ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Исходя из вышеизложенного, некоторые отличия в показателях младенческой смертности между ИЗНУ 2002 и МЗ объясняются использованием различных определений. Тем не менее, проблемы с определениями могут объяснить разницу между данными исследований и МЗ только в раннем неонатальном периоде (от рождения до 7 дней жизни). Таблица 8.3 показывает степень, на которую общая разница в показателях младенческой смертности за период 1998-2002 приходится от смертности за период до 7 дней, или от оставшегося периода младенчества. Из общей разницы в 42 смерти на 1000 (62 в сравнении с 20 на 1000), примерно две-трети (63 процента) приходится на период от 7 дней до конца периода младенчества.

Это означает, что проблемы с определениями являются причиной менее чем половины суммарной разницы между показателем младенческой смертности по данным исследований и МЗ. При условии достоверности показателей смертности на основании исследований, кажущимся выводом является то, что происходящий значительный недоучет случаев в регистрационной системе происходит независимо от проблем в определениях. Таким образом, даже если Узбекистан примет определения ВОЗ по живорожденности и младенческой смерти, то это не устранил недоучет младенческих смертей Министерством Здравоохранения. Помимо проблем с определениями, существуют другие факторы, ведущие к недоучету младенческих смертей в регистрационных системах.

Таблица 8.3 Показатель младенческой смертности по периодам младенчества

Процент влияния разниц в показателях смертности для периодов младенчества в общую разницу в показателях младенческой смертности, 2002 ИЗНУ и Министерство Здравоохранения

Период младенчества	Показатели смертности за 1998-2002 года			Процент влияния периодов младенчества к разнице в показателях младенческой смертности
	ИЗНУ 2002	МЗ ¹	Абсолютная разница	
До 7 дней	19.8	4.3	15.5	37.0
от 7 до 365 дней	41.9	15.5	26.4	63.0
Всего	61.7	19.8	41.9	100.0

¹Календарный период данных МинЗдрава 1998-2001.

Источники: Министерство Здравоохранения (WHO/EURO, 2003)

⁴ Например, см. Anderson and Silver, 1986 and 1997; Ksenofontova, 1994; Velkoff and Miller, 1995 and Kingkade and Sawyer, 2001.

8.5 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Таблица 8.4 и рисунок 8.1 демонстрируют различия в младенческой и детской смертности ИЗНУ 2002 по социально-экономическими характеристикам. Показатели для подгрупп населения представлены за 10–летний период, предшествовавший исследованию.

Младенческая смертность значительно выше в сельской местности (75 на 1000), чем в городе (43 на 1000). Показатели неонатальной, постнеонатальной и детской смертности – все выше в сельской местности, превышая аналогичные показатели в городах.

Большие различия отмечены в оценках смертности у детей, в зависимости от уровня образования матери. Показатели младенческой смертности отличаются в три раза между женщинами с высшим образованием (29 на 1000) и менее образованными женщинами (95 на 1000).

Различия в показателях смертности по этническим группам говорят о том, что дети, рожденные у женщин узбекской национальности имеют более высокий риск смерти в любом возрасте, чем дети женщин других национальностей.

Таблица 8.4 Смертность в раннем детстве в зависимости от социально-биологических факторов					
Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской смертности и смертности до пяти лет за десятилетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002					
Социально-биологические факторы	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность ¹ (ПНН)	Младенческая смертность (1q0)	Детская смертность (4q1)	Смертность до пяти лет (5q0)
Место жительства					
Город	26.8	16.1	42.9	11.0	53.4
Село	37.9	36.6	74.6	14.0	87.5
Образование матери					
Начальное/неполное среднее	58.8	35.8	94.6	8.4	102.2
Среднее	34.9	33.3	68.1	14.9	82.0
Средне Специальное	25.9	23.7	49.7	12.3	61.4
Высшее	21.0	8.4	29.4	6.3	35.5
Национальность					
Узбеки	35.9	29.1	65.1	13.3	77.5
Другие	18.4	28.4	46.8	9.8	56.1
Сведение концов с концами					
Большие трудности	31.9	35.0	66.9	13.4	79.4
Некоторые трудности	34.3	28.0	62.4	12.0	73.6
Небольшие трудности	35.1	25.2	60.3	13.4	72.9
Легко	34.4	26.0	60.4	12.6	72.2
Всего	33.9	29.1	62.9	12.9	75.0

¹ Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью.

Отношения между показателем экономической стабильности домовладений и показателями смертности лежат в предсказуемом направлении, но различия скромные. Младенческая смертность в домовладениях, где с большим трудом сводятся концы с концами, находится на уровне 67 на 1000, в то время как показатель для женщин в домохозяйствах с отсутствием трудностей сведения концов с концами равняется 60 на 1000.

8.6 ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В таблице 8.5 отражена взаимосвязь между уровнем ранней детской смертности и некоторыми демографическими переменными. Для большинства населения Узбекистана мальчики подвержены более высокой смертности, чем девочки. На общенациональном уровне, показатели младенческой смертности находятся на уровне 67 на 1000 для мальчиков, и 59 на 1000 для девочек. Таким образом, младенческая смертность в 14 раз более вероятна среди мальчиков, чем среди девочек.

Не отмечается заметных различий в показателе младенческой смертности в зависимости от возраста матери или по счету родов, за исключением достаточно высокого показателя младенческой смертности для 4х и выше по счету родов, (78 на 1000).

Отчетливая связь обнаружена между риском смертности и продолжительностью предшествующего межродового интервала. Более высокий риск младенческой смертности имеют дети, родившиеся после короткого межродового интервала (а именно, менее 24 месяцев после предыдущих родов), чем родившиеся после более длинных межродовых интервалов. Показатель младенческой смертности для рождений после межродового интервала менее 24 месяцев (80 на 1000), выше показателя для рождений, следующих после интервала 24-35 месяцев (64 на 1000 живорожденных). Эти взаимоотношения предполагают возможность снижения смертности, при условии, что доля рождений, произошедших после короткого межродового интервала будет снижена.

Таблица 8.5 Смертность в раннем детстве в зависимости от демографических показателей

Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской смертности и смертности до пяти лет за десятилетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от демографических показателей, Узбекистан 2002

Демографические показатели	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность ¹ (ПНН)	Младенческая смертность (${}_1q_0$)	Детская смертность (${}_4q_1$)	Смертность до пяти лет (${}_5q_0$)
Пол ребенка					
Мужской	37.4	29.4	66.8	12.1	78.1
Женский	30.1	28.7	58.8	13.6	71.6
Возраст матери при рождении					
<20	39.8	23.7	63.5	14.1	76.7
20-29	32.6	27.6	60.2	9.9	69.5
30-39	33.8	35.8	69.5	21.2	89.3
40-49	*	*	*	*	*
Порядок родов					
1	36.1	22.0	58.1	7.9	65.6
2-3	29.2	30.1	59.3	12.3	70.8
4+	41.3	37.0	78.3	20.6	97.2
Интервал между родами					
<24 месяцев	42.9	37.5	80.4	10.4	90.0
24-35 месяцев	29.5	34.3	63.9	16.6	79.4
36-47 месяцев	13.1	19.2	32.3	12.3	44.2
48+ месяцев	30.4	31.7	62.2	22.2	83.0
Всего	33.9	29.1	62.9	12.9	75.0

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться.

¹Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью.

8.7 ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ ОТ СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ

В ИЗНУ 2002 были включены вопросы, отражающие статус женщины в семье. Эти индикаторы предназначены для того, чтобы продемонстрировать способность женщины действовать эффективно в ее собственных интересах, и интересах тех, кто от нее зависит. Это предполагает, что если женщина –обеспечивающая основную заботу о детях- имеет высокий статус, то это способствует хорошему здоровью и выживанию младенцев.

Женщин-респондентов спрашивали об их участии в принятии решений в домохозяйстве и о причинах, оправдывающих отказ от сексуальных отношений с мужем. Разработанные индикаторы показывали уровни: 1) участия женщины в принятии решений; и 2) ее права отказать мужу в сексуальных отношениях (см. главу 16). Чем выше показатели, тем выше статус женщины, и тем больше власти она имеет в заботе о детях.

В таблице 8.6 показаны показатели смертности в зависимости от статуса женщины. Для обоих индикаторов характерна зависимость между высоким статусом женщины (высокие оценки индексов) и низким показателем смертности. Младенческая смертность в два раза больше в семьях, где женщины не участвуют в принятии решений в домовладении 102 на 1000, тогда как в семьях, где женщины активно участвовали в принятии решений, показатели в два раза ниже (50 на 1000). Таким же образом, младенческая смертность была намного выше среди детей женщин, кто говорил, что нет причин, оправдывающих отказ от секса с мужем (92 на 1000), чем в семьях, где женщины верили, что имеются 3 или 4 причины отказа от сексуальных отношений с мужем (60 на 1000).

<u>Таблица 8.6 Смертность в раннем детстве и статус женщин</u>					
Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской смертности и смертности до пяти лет за десятилетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от женского статуса, Узбекистан 2002					
Показатели женского статуса	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность ¹ (ПНН)	Младенческая смертность (1q0)	Детская смертность (4q1)	Смертность до пяти лет (5q0)
Количество окончательных решений, принимаемых женщиной²					
0	42.6	59.5	102.0	8.7	109.9
1-3	32.2	26.8	59.0	10.4	68.8
4-6	37.3	23.1	60.5	16.3	75.8
7-8	26.0	24.3	50.3	15.6	65.2
Количество причин отказа от сексуальных отношений с мужем					
0	26.7	65.7	92.4	6.7	98.4
1-2	40.8	53.5	94.2	8.0	101.5
3-4	33.4	26.2	59.6	13.4	72.1
Всего	33.9	29.1	62.9	12.9	75.0

¹Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью. ²Одна или совместно с другими.

8.8 РОЖДАЕМОСТЬ ВЫСОКОГО РИСКА

Многие исследования выявили отчетливую взаимосвязь между характером рождаемости с риском смертности в детском возрасте. Риск смертности обычно высок среди детей, рожденных от матерей молодого и более старшего возраста; среди детей, родившихся после короткого

межродового интервала, и высоким порядковым номером рождений. В последующем анализе использовались нижеперечисленные критерии: к “молодым матерям” относили матерей моложе 18 лет, или к “более старшим” относили тех, кто старше 34 лет. “Укороченный межродовой интервал” включает рождения за промежуток времени менее 2 лет после предшествующих родов, и “высокий порядок родов”, если у женщины было более 4 родов.

В таблице 8.7 показано распределение детей, родившихся в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию 2002 года, с учетом всех перечисленных факторов риска. Несмотря на то, что данные о первых родах у женщин в возрасте от 18 до 34 лет показаны в Таблице 8.7, они не включены в анализ, потому что они не рассматриваются в категории риска, которого можно избежать.

Из таблицы 8.5 и колонки 1 видно, что в течение пятилетнего периода перед исследованием, 27 процентов родов могли быть отнесены к одной категории повышенного риска и 7 процентов - отнесены к группе множественных категорий повышенного риска.

В колонке 2 представлено соотношение риска для рождений категорий повышенного риска, относительно рождений без всякого риска. В целом, соотношение риска для родов в единичной категории повышенного риска соответствует 1.07 (т.е. на 7 процентов выше, чем у не принадлежащих к категории риска). Для родов в группе множественных категорий повышенного риска, соотношение равняется 2.52 (т.е. на 152 процента выше, чем у родов вне риска).

Из информации, представленной в третьей колонке таблицы 8.5, можно прогнозировать процент замужних женщин, у которых могут быть роды повышенного риска. Данные были получены путем экстраполяции категории риска на ситуацию, при которой все замужние женщины оказались бы беременными. Предположим, на момент проведения исследования, женщине было 37 лет, в анамнезе у нее 4 родов, и последние роды были три года до начала исследования - таким образом она будет отнесена к группе множественных категорий повышенного риска: возраст более 34 лет и высокий порядковый номер родов (более 3), что несет соотношение риска 3.03 (т.е. повышение на 203 процента над родами без всякого риска).

В целом, у 71 процента замужних женщин могут родиться дети с потенциально высоким риском смертности. У сорока-одного процента могут быть роды, относящиеся к группе множественных категорий повышенного риска.

Таблица 8.7 Рождаемость высокого риска

Процентное распределение рождений детей в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию, по категориям повышенного риска смертности и соотношения риска, и процентное распределение замужних женщин по категориям риска, как если бы они зачали ребенка в момент исследования, Узбекистан 2002

Категория риска	Роды в течение 5 лет, предшествовавших исследованию		Процент замужних женщин ¹
	Процент родов	Соотношение риска	
Не принадлежит к категории повышенного риска	36.0	1.00	23.0 ^a
Неизбежная категория риска			
Первые роды в возрасте 18 - 34 лет	30.0	0.77	6.5
Одиночная категория повышенного риска			
Возраст матери < 18 лет	1.0	0.00	0.0
Возраст матери > 34 лет	1.8	1.31	6.7
Межродовой интервал < 24 месяцев	12.9	1.14	9.3
Число родов > 3	11.2	1.05	13.4
Всего для данной группы	26.9	1.07	29.3
Группа множественных категорий повышенного риска²			
Возраст <18 и межродовой интервал <24 месяцев	0.1	0.00	0.0
Возраст >34 и межродовой интервал <24 месяцев	0.1	2.13	0.1
Возраст >34 и порядок родов >3	3.9	3.03	34.2
Возраст >34 и межродовой интервал <24 месяцев и порядок родов >3	0.4	3.64	1.1
межродовой интервал <24 месяцев и порядок родов >3	2.5	1.67	5.8
Всего для данной группы	7.0	2.52	41.2
Любая категория избегаемого повышенного риска	34.0	1.37	70.5
Всего	100.0	Нп	100.0
Количество родов	2,444	Нп	3,720

Примечание: Соотношение риска-соотношение умерших, принадлежащих к категории рождений повышенного риска, к числу умерших из родов без риска.

Нп = Не применимо

¹ Женщины отнесены к категории риска, который бы они имели при рождении ребенка, зачатого во время проведения исследования: возраст меньше 17 лет и 3х месяцев или старше 34 лет и 2х месяцев, последние роды были менее чем 15 месяцев назад, или порядковый номер последних родов составил 3 и выше.

² Включает комбинацию категорий *возраста <18 лет и порядка родов >3*

^a Включает женщин, прошедших стерилизацию.